

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – FAMERP  
CURSO DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL  
SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

LARISSA LANDULFO DOS SANTOS

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UTI GERAL

São José do Rio Preto / SP

2014

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO – FUNDAP**

**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL**

LARISSA LANDULFO DOS SANTOS

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UTI GERAL

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/SES, elaborada na Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto/SP – FAMERP

**Área:** Serviço Social na Saúde

São José do Rio Preto

2015

LARISSA LANDULFO DOS SANTOS

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UTI GERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a COAPRIMO (Comissão de Curso de Aprimoramento Profissional) como parte dos requisitos para obtenção do título de Aprimoranda em Serviço Social na Saúde, sob orientação da Professora Luzia Cristina de Almeida Serrano e Co-orientação do Assistente Social Ederson Ferreira Camargo.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Santos, Larissa Landulfo.

Protocolo de Intervenção do Assistente Social em uma UTI Geral. Larissa Landulfo dos Santos, São José do Rio Preto, 2014; orientadores Luzia Cristina de Almeida Serrano e Ederson Ferreira Camargo. São José do Rio Preto, 2014. 41p.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a COAPRIMO (Comissão de Curso de Aprimoramento Profissional) como parte dos requisitos para obtenção do título de Aprimoranda em Serviço Social na Saúde.

1 Serviço Social 2 Saúde 3 Protocolo de Intervenção 4 Atendimentos Sociais.

LARISSA LANDULFO DOS SANTOS

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UTI GERAL

BANCA EXAMINADORA

Presidente da Banca: Ederson Ferreira Camargo

Examinadora: Hilda Manoela de Lima

Examinadora: Débora Augusto Valverde

São José do Rio Preto, 16/12/2014

*Dedico este trabalho aos meus pais Arlete e Luciano, a minha irmã Layla, a minha avó Tereza, a toda minha família, aos amigos que fiz nestes dois anos de aprimoramento e a todos que sempre acreditaram em mim.*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente à Deus, foi ele quem segurou minha mão nas horas mais difíceis, me deu forças para seguir em frente em mais uma conquista.*

*Aos meus pais Arlete e Luciano, á minha irmã Layla, obrigado por acreditarem e confiarem em mim.*

*Às queridas amigas aprimorandas, que entraram na minha vida e agora fazem parte dela, vivemos momentos alegres, tristes e angustiantes nesses dois anos de aprimoramento, que deixarão muitas saudades.*

*À minha companheira de moradia, Maria Aparecida, obrigado por estar presente a todo instante, jamais esquecerei os momentos vivenciados nesses seis anos de amizade, e estes dois anos de convivência, mas agora só temos que comemorar. Cumprimos mais uma etapa de nossas vidas.*

*A todos as Assistentes Sociais do Hospital de Base, pela paciência e dedicação, cada um de forma especial contribuiu para meu aprimoramento profissional, em especial aos meus supervisores Camila Oliveira, Hilda Manoela, Ederson Ferreira e Carla Cristina Santos aos quais tive a alegria de compartilhar experiências profissionais.*

*A todos os profissionais (médicos, enfermeiras (os), psicólogos, fisioterapeutas,), em especial as secretárias Maisa Torres, Cristina Gasques e Aline Costa, á Gabriela Paiva e Johnatan (jovens aprendizes), ao psicólogo Pedro Coutinho, os meus profundos agradecimentos pela amizade sincera e por fazer os meus dias mais divertidos. Guardarei cada segundo que passamos juntos, no fundo do meu coração.*

*Larissa Landulfo dos Santos*

## RESUMO

SANTOS, Larissa Landulfo. Protocolo de Intervenção do Assistente Social em uma UTI Geral. 2014. p. 41 Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento Profissional em Serviço Social na Saúde. Fundação Faculdade Regional de Medicina – FUNFARME, São José do Rio Preto/SP, 2014.

O presente trabalho tem por objetivo oferecer à Unidade de Terapia Intensiva - UTI Geral do Hospital de Base de São José do Rio Preto -, um instrumental para o Serviço Social que consiga associar atividades e discussões que estejam articuladas entre si, visando o rompimento da dicotomia teoria e prática. Para tal, utilizamos a metodologia dialética e pesquisa exploratória, associada a experiência vivenciada no cotidiano profissional. Assim, focalizamos a importância do Assistente Social na política de saúde e no processo de humanização e, após, registramos as atividades que foram estabelecidas a partir da vivência cotidiana da(o) Assistente Social nesta Unidade, respeitando as legislações vigentes. As atividades descritas têm a função de lutar pela efetivação dos princípios ético-políticos da profissão e melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde, o que pode contribuir para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais pela ampliação da cidadania. Desta forma, o protocolo apresentado não tem apenas por função descrever as atividades a serem realizadas, mas direcioná-las para o campo da autonomia e emancipação social.

Palavras Chaves: Serviço Social, Saúde, Protocolo de Intervenção, atendimentos sociais.



## ABSTRACT

SANTOS, Larissa Landulfo dos. Intervention protocol of the social worker in a general UTI. 2014. p. 41 Working Professional Improvement Completion of course in Social Work in Health Regional Medical Faculty Foundation - FUNFARME, Sao Jose do Preto / SP River, 2014.

This paper aims to provide the Unidade de Terapia Intensiva - UTI Geral do Hospital de Base de São José do Rio Preto - an instrumental for Social Work that will relate to activities and discussions are hinged together, aiming to break the dichotomy theory and practice. Therefore, we used the dialectic methodology and exploratory research, associated with lived experience in daily work. Thus, we focus on the importance of the social worker in health policy and in the humanization process and after we recorded the activities that were established from the everyday experiences of (the) social worker in this unit, respecting the existing laws. The activities described are meant to fight for the realization of the ethical and political principles of the profession and improve the quality of services provided to users of the Unified Health System, which can contribute to the strengthening of social participation and struggles of social subjects for expansion citizenship. Thus, the presented protocol has not only function describe the activities to be performed, but direct them to the field of autonomy and social emancipation.

Key Words: Social Work, Health, Intervention Protocol, social assistance.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BNDS	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNDAP	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Administrativo
FUNFARME	Fundação Faculdade Regional de Medicina
HB	Hospital de Base
IML	Instituto Médico Legal
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
PANHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PAP	Programa de Aprimoramento Profissional
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 SAÚDE PÚBLICA: SUS.....	13
1.1 Serviço Social na Saúde.....	17
1.2 Considerações sobre o Hospital de Base.....	19
1.3 Unidade de Terapia Intensiva.....	20
2 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA–UTI GERAL 7º SUS.....	24
2.1.1 PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI GERAL 7º SUS.....	24
2.1.2 Grupo de orientações gerais – sala de espera.....	25
2.1.3 Acolhimento social individual e familiar (no leito).....	26
2.1.4 Socialização de direitos sociais (Saúde, Assistência, Previdência, Trabalhistas).....	27
2.1.5 Transferências internas.....	28
2.1.6 Convocação de familiares para orientações.....	28
2.1.7 Tentativa de identificação pessoal ou familiar de usuários internados (pessoas em situação de rua, sem identificação (“desconhecido”), sem vínculos familiares que possua ou não domicílio fixo).....	29
2.1.8 Solicitação de vaga para Casa de apoio.....	29
2.1.9 Preservação de direito de imagem do paciente.....	29
2.1.10 Avaliação/Autorização de Visita Extra.....	30
2.1.11 Visita de Crianças.....	30
2.1.12 Orientação sobre lista de visitantes permitidos (“Restrição”).....	31
2.1.13 Conduta para visita religiosa.....	31
2.1.14 Atendimento Social Pós-Óbito.....	32
2.1.15 Orientação sobre Assinatura de Documentos.....	35
2.1.16 Visita para usuários sob custódia do Estado.....	35
2.1.17 Atendimento em suspeita ou confirmação de violência doméstica contra pessoas de qualquer faixa etária.....	36
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como discussão o papel do Assistente Social junto á saúde pública, na perspectiva de análise e apresentação das funções e atribuições do profissional na Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral 7º andar SUS. Tem por objetivo apresentar um Protocolo de Intervenção do Serviço Social que possa direcionar a realização das atividades inerentes ao Setor.

Nesta perspectiva, este estudo foi elaborado de acordo com o projeto ético-político da profissão contendo objetivos, instrumentais e condutas de caráter didático que visa facilitar a compreensão das atividades. Também tem o intuito de facilitar e direcionar a realização das ações de forma competente, ética e humanizada.

A profissão do Serviço Social é regulamentada pela Lei nº 8.662/93, sendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, resolução esta do Conselho Federal de Serviço Social.

Atua no campo das políticas sociais com o compromisso de defesa e garantia dos direitos sociais da população, buscando o fortalecimento da democracia. O Assistente Social, entre outras categorias de nível superior, é relacionado como profissional de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (1997) e caracterizado como tal pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 1999).

A Resolução 383/1999, ressalta:

O Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País (CFESS, 1999).

Neste contexto, o Assistente Social, assim como outros profissionais, utiliza-se de Protocolos como documentos estratégicos no sentido de contribuir para a operacionalização das atividades que vêm sendo realizadas em determinado Setor. Tais documentos também são amplamente utilizados na área da saúde, visando orientar as condutas de qualquer área do saber ou disciplinas que compõem as equipes.

Para a realização deste Protocolo utilizamos o referencial teórico crítico pautado na perspectiva marxista, pois nos possibilita um melhor entendimento da sociedade capitalista e suas contradições. A metodologia utilizada foi o estudo bibliográfico de livros, revistas, artigos, trabalhos de conclusão de curso, entre outros. É relevante

apontar que o interesse pelo tema se deu a partir de vivências cotidianas da prática profissional na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), desenvolvidas durante o curso de Aprimoramento Profissional em Serviço Social. Neste período, foi observada a necessidade de criar e apresentar à unidade um instrumental sistematizado das atividades realizadas pelo Assistente Social.

Assim, definimos iniciar este trabalho, abordando no primeiro capítulo o histórico da saúde pública no Brasil; na sequência, apresentamos o papel do assistente social junto à saúde pública, com o foco na importância do Assistente Social, o entendimento geral das funções e atribuições do profissional. E, para finalizar esta etapa, apresentamos o Hospital de Base de São José do Rio Preto e a Unidade de Terapia Intensiva, objeto secundário deste estudo.

No segundo capítulo, realizamos uma breve discussão sobre a importância e o papel dos protocolos utilizados em Unidades do HB que contam com estes instrumentos como mecanismo de (re)planejamento e de reflexão continuada das atividades desenvolvidas. Após este exercício, descrevemos todas as atividades do Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), bem como os instrumentais que são utilizados para o seu desenvolvimento.

Segundo Chueire (2007, p. 17) protocolos são normas, orientações e recomendações desenvolvidas, de forma sistemática, para auxiliar os profissionais e os pacientes a decidirem quais os cuidados em saúde mais apropriados, em circunstâncias clínicas específicas e em uma realidade e condições locais.

Portanto, a criação e a utilização de protocolos na área de saúde pelo Assistente Social contribuem significativamente para as intervenções desse profissional, sua prática incidirá sobre os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença dos usuários.

## **1 SAÚDE PÚBLICA: SUS**

De acordo com as leituras realizadas sobre o Sistema Único de Saúde, verificamos que este é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, sendo muitas vezes modelo para outros países.

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal de 1988 como uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, amparado por um conceito ampliado de saúde pública, visando garantir o direito à saúde de toda a população. Integrante do tripé da Seguridade Social, compreendida, segundo o art. 194 da Constituição Federal de

1988, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Nesse período, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, composta por um conjunto de fatores que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, entre outras. (BRASIL, 2010).

Foram promulgadas duas leis importantes para sua efetivação, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A segunda, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, trata do controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão do sistema, dispondo sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

Os princípios estabelecidos no SUS perpassam pela universalidade, integralidade e equidade, chamados de princípios ideológicos ou doutrinários. Enquanto a descentralização, regionalização e hierarquização são chamados de princípios organizacionais. Tanto princípios quanto diretrizes têm a função de direcionar as ações para que sejam democráticas e participativas, a operacionalização e a gestão (BRASIL, 1990).

O SUS tem como conceito básico a universalização do atendimento. Isso significa que “a saúde é direito de todos” como afirma a Constituição Federal, seu propósito é que toda a população tenha acesso ao atendimento público de saúde. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços, a barreira jurídica, foi eliminada com a Constituição Federal de 1988, na medida em que universalizou o direito à saúde.

Do ponto de vista econômico, ainda que a população não precise pagar diretamente pelos serviços, o financiamento é assegurado pelo Estado, mediante a utilização de fundos públicos que são organizados e repassados pelos três poderes.

Não se pode negar que a enorme parcela da população pobre, que vive em pequenos municípios com baixo grau de desenvolvimento econômico ou habitam a periferia das grandes cidades, não dispõem de condições mínimas de acesso aos serviços, às vezes até porque não tem como pagar o transporte necessário para chegar a uma unidade de saúde (TEIXEIRA, 2011, p. 3-4)

Do ponto de vista sócio-cultural também existem barreiras, sendo a principal delas, sem dúvida, a barreira da linguagem, da comunicação entre os trabalhadores dos serviços e os usuários.

Ainda quando chega aos serviços, grande parte da população não dispõe de condições educacionais e culturais que facilitem o diálogo com os profissionais e trabalhadores de saúde, o que se reflete, muitas vezes, na dificuldade de entendimento e de aprendizado acerca do comportamento que deve adotar para se tornar coadjuvante do processo de prevenção de riscos e de recuperação da sua Saúde (TEIXEIRA, 2011, p. 4).

A equidade diz respeito ao Estado tratar “desigualmente os desiguais” de acordo com o artigo 5º da Constituição Federal de 1988, em Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, institui que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais, e a consideração de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas.

A contribuição que um sistema de serviços de saúde pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas. (TEIXEIRA, 2011, p. 5)

Logo, todos os cidadãos, de maneira igual – mas respeitando as especificidades (diferenças), sejam elas regionais, pessoais, culturais –, devem ter seus direitos à saúde garantidos pelo Estado.

A integralidade conforme o artigo 198, no seu inciso II, confere ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” em relação ao acesso que todo e qualquer cidadão tem direito. Por isso, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos mais diversos níveis de complexidade, como forma de efetivar e garantir o postulado da saúde.

Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (TEIXEIRA, 2011, p. 6).

Está estabelecido na Constituição 88, Da Saúde, artigo 198, que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo [...]”.

A regionalização e a hierarquização dos serviços, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuárias. A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde.

A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. Inclui também as prioridades na atenção, desde a básica até a terciária.

Também está prevista no mesmo artigo 198, inciso III, a “participação da comunidade” nas ações e serviços públicos de saúde, atuando na formulação e no controle da execução destes. O controle social é regulado pela Lei nº 8.142/90<sup>1</sup> Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências da Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis federativos - União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto. Busca-se,

---

<sup>1</sup> Lei nº 8.142 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.



portanto, estimular a participação popular na discussão das políticas públicas da saúde, conferindo maior legitimidade ao sistema e às ações implantadas.

O SUS possui políticas e programas governamentais em todos os seguimentos, para executar de maneira organizada o acesso aos serviços de saúde.

No SUS todo cidadão tem direito ao atendimento gratuito seja em pronto-socorros ou consultas especializadas, é possível fazer o pré-natal e o parto, exames laboratoriais, entre outros tipos de procedimentos. Além disso, o SUS também é responsável pela fiscalização e produção de medicamentos, e o combate a doenças epidemiológicas (BRASIL, 2010).

Na saúde o Serviço Social tem espaços próprios e tradicionais de atuação, mas com o SUS se abriu muitos espaços interdisciplinares e inter setoriais no âmbito da gestão, planejamento da política, controle social, educação e promoção da saúde.

### **1.1 Serviço Social na Saúde**

O Serviço Social surgiu como profissão no Brasil na década de 1930, em meio ao processo de industrialização e concentração urbana, o que levava ao desenvolvimento econômico, social, cultural e político. Um momento de crescente miséria e exploração de homens, mulheres e crianças.

A implantação do Serviço Social no Brasil ocorre nessa conjuntura de acirramento do capitalismo e da questão social, o qual ocorreu através da iniciativa particular de vários grupos da classe dominante, e da Igreja Católica, com objetivo de controlar as insatisfações dos movimentos sociais, advindos da relação capital x trabalho.

Nessa mesma década (1930) foi criada a Política Nacional de Saúde Pública, como resposta aos movimentos operários que surgiram para lutar por condições dignas de vida e conseqüentemente saúde, pois devido ao trabalho extenuante a que eram submetidos os trabalhadores, estes adoeciam com frequência, o que agravava ainda mais as condições de miserabilidade. (BRAVO E MATOS, 2004 *apud* DOMICIANO, 2013, p. 17-8)

Os Assistentes Sociais nesse período estudavam e investigavam o meio social no qual vivia a pessoa, a fim de descobrir qual a possibilidade de ela se enquadrar a esse meio, tendo como objetivo intervir nas condições de vida da classe trabalhadora.

A partir dos anos 1960, foram realizados debates no país, e na América Latina, sobre o questionamento crítico da própria realidade e sobre a prática profissional devido á peculiaridade social de cada país, permitia-lhes nesse momento “apreender tanto a identidade do Serviço Social, como sua prática no mundo capitalista, como contraditórias e complexas” (MARTINELLI, 1993, p. 140).

É no período da ditadura militar<sup>2</sup> que se iniciaram os questionamentos no interior da categoria de assistentes sociais, sobre a identidade profissional e sobre seu significado no mundo capitalista, caracterizados pela insatisfação das suas práticas subordinadas aos interesses da classe dominantes, começando assim, o Movimento de Reconceituação do Serviço Social.

O Movimento em sua essência buscou a sistematização da profissão e uma nova referência teórico – metodológico pela necessidade de transformar o modo de atuar do Serviço Social, no que diz respeito à sua inserção no contexto das condições sociais postas. Nesse sentido, buscou-se um novo rumo para o exercício profissional para além das modificações do ponto de vista técnico operacional. Para tanto, o Movimento de Reconceituações veio romper com a orientação da postura conservadora e tradicional existente no interior da profissão (CAPUTI, 2005, p. 43).

Esse movimento surgiu no período de 1965 a 1975, buscando construir uma reflexão sobre a profissão impondo a necessidade de rompimento com o tradicional, proporcionou aos assistentes sociais, o entendimento de suas práticas burocráticas e ideológicas, sendo marco decisivo de negação ao conservadorismo, adotando, a partir de então, uma visão crítica.

Com o passar do tempo, a profissão foi se estruturando e atualmente o Serviço Social possui um arsenal teórico-metodológico ético-político e técnico-operativo para a apreensão totalitária da demanda, tornou-se uma profissão interventiva que busca principalmente a garantia e o acesso de direitos à população.

O Assistente Social foi conquistando espaços na saúde, cujo objeto de intervenção é as expressões da questão social “que devem ser compreendidas, segundo Iamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se

---

<sup>2</sup> Período de 1964 a 1985, no Brasil.

expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais” (CFESS, 2009, p. 22).

É a profissão que atua no campo das Políticas Sociais com o compromisso de defesa e garantia dos Direitos Sociais da população, usando o fortalecimento da democracia.

## **1.2 Considerações sobre o Hospital de Base**

Em 1970 foi instituído o Hospital de Base em São José do Rio Preto–SP, instituição de caráter filantrópico e de ensino. Era mantido por mensalidades do curso de medicina e fundos provenientes de iniciativas dos médicos junto à comunidade.

Nos anos 90, o Hospital de Base de Rio Preto (HB) iniciou uma fase de investimentos e crescimento que não parou mais e o levou a figurar entre os maiores e mais modernos centros médicos do Brasil.

A inauguração, em 1998, do novo e moderno prédio, com oito andares, hoje um dos cartões postais de São José do Rio Preto, e que se juntou ao antigo prédio, foi um marco para a instituição, sua construção foi realizada com recurso da Funfarme (Fundação Faculdade Regional de Medicina) e com empréstimo obtido junto ao BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social.

Em 2011 foi um ano fundamental para reforçar o HB como um dos maiores complexos hospitalares do Brasil, pois vários e importantes serviços foram incorporados ou tiveram a sua infra-estrutura melhorada, equiparando-os aos dos melhores centros médicos do mundo.

Em fevereiro de 2011, o Hospital de Base inaugurou o seu novo Laboratório Central, investimento de R\$ 1 milhão, dotado de equipamentos de última geração numa área de 800 metros quadrados. A infra-estrutura de Primeiro Mundo, aliada à alta tecnologia em tráfego de informações, permite mais precisão e rapidez nos resultados dos exames. O novo laboratório conta também com uma nova área de Biologia Molecular, que realiza exames virais, reumatológicos e genéticos, antes feitos em outras instituições.

Em abril de 2011, começou a funcionar o Centro de Reabilitação Lucy Montoro, referência nacional no tratamento de vítimas de traumatismo craniano, dor crônica, lesão medular, doenças incapacitantes, paralisia cerebral e más formações.

Em fevereiro de 2013, foi inaugurada no Hospital de Base a nova Unidade de Radiologia Vascular e Hemodinâmica.

Segundo formulação do Ministério da Saúde.

O Hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a eles vinculados tecnicamente (BRASIL, 1977, p. 9)

A Instituição também dispõe de Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), criado pelo Decreto nº 13.919 de 11/09/1979, modalidade de pós-graduação lato sensu destinada a recém graduados de diferentes cursos superiores, principalmente os da área da saúde, exceto medicina.

O Serviço Social foi inserido no Hospital de Base de São Jose do Rio Preto em 1971 junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social. Em 1993, cadastrou-se no Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) administrado pelas FUNDAP (Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Administrativo), iniciando o Curso de Aprimoramento Profissional em Serviço Social na Saúde.

Segundo a Secretaria da Saúde, o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) tem como objetivo:

- Capacitar o participante para uma atuação qualificada e diferenciada na área objeto do Programa de Aprimoramento, promovendo o aperfeiçoamento do desempenho profissional, através da oportunidade de acesso a novos conhecimentos teóricos e ênfase nas práticas específicas;
- Estimular nos aprimorandos o desenvolvimento de uma visão crítica e abrangente do Sistema Único de Saúde, orientando sua ação para a melhoria das condições de saúde da população usuária do SUS;
- Aprimorar o processo de formação dos participantes, considerando as diretrizes e princípios do SUS de modo a desenvolver uma compreensão ampla e integrada das diferentes ações e processos de trabalho da Instituição participante do programa.

### **1.3 Unidade de Terapia Intensiva**

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são destinadas ao tratamento de pacientes graves ou potencialmente graves, considerando recuperáveis que necessitam

de assistência especializada e cuidados contínuos, onde requer um monitoramento constante (24 horas) e cuidados complexos e intensivos.

O objetivo básico das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam. Assim, as unidades de terapia intensiva são equipadas com aparelhos capazes de reproduzir as funções vitais dos internados como respiradores artificiais, aparelhos de hemodiálise que substituem a função dos rins e diversos outros.

Na década de 1970, surgiu no Brasil às primeiras Unidades de Terapia Intensiva (UTI), primeiramente no Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, com a necessidade de organizar uma UTI para cuidar de pacientes graves. Não havia, então, médicos com formação em terapia intensiva no País. Conhecia-se pouco das respostas do organismo às doenças graves, os equipamentos substitutos das funções de órgãos eram limitados e os medicamentos e recursos de monitorização de sinais vitais, escassos (CARTA CAPITAL, 2011).

O avanço técnico e científico possibilitou que máquinas pudessem temporariamente assumir a função de órgãos vitais, ventiladores mecânicos e equipamentos de diálise, entre outros, permitem manter os pacientes vivos até a recuperação da sua condição clínica.

O profissional médico que trabalha nas UTIs é chamado de intensivista e a equipe, formada por diversos profissionais como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros. Outra função dos intensivistas, principalmente dos enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos é dar conforto e suporte aos familiares dos pacientes uma vez que a situação de internação de algum parente em UTI é sempre delicada para a família (FARIA, 2009).

É nesse contexto que em 2001, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)<sup>3</sup>, com o objetivo de humanizar a assistência hospitalar prestada aos pacientes atendidos nos hospitais públicos, e em 2003, juntamente com os demais programas de humanização, o PNHAH transforma-se em uma Política Nacional de Humanização, o Humaniza - SUS<sup>4</sup>. O objetivo é efetivar

---

<sup>3</sup> O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001, p. 7)

<sup>5</sup> Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2010, p. 6).

os princípios do Sistema Único de Saúde, abrangendo a saúde pública como um todo, na tentativa de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados aos usuários Sistema Único de Saúde – SUS.

Na efetivação da Política Nacional de Humanização (PNH) como política pública de saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu alguns princípios norteadores como: valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social, garantindo os direitos dos cidadãos; realização de trabalho em equipe multiprofissional; construção de redes cooperativas; fortalecimento do controle social; valorização da ambiência possibilitando um saudável ambiente de trabalho (BRASIL, 2006).

A humanização hospitalar deve ser um fator decisivo para o bem-estar do usuário, demonstrando a importância da informação do Assistente Social sobre os direitos dos usuários. Esse trabalho demonstra a importância do Assistente Social no âmbito hospitalar.

O trabalho com pessoas hospitalizadas e seus familiares torna visível a vulnerabilidade que acomete todos os que passam por essa situação, mostrando a importância da luta pela humanização do atendimento. Isso fica ainda mais evidenciado quando se considera que, além de estarem vivendo um momento de fragilidade e ansiedade devido à enfermidade, muitas pessoas têm seu sofrimento agravado por desconhecer seus direitos de cidadania (FERREIRA; LUNARDI, 2007 apud COSTA, BENOSSI, SILVA, p. 2).

O trabalho dos Assistentes Sociais, seja aquele realizado na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, está voltado à promoção da emancipação do usuário para que este possa ser agente no processo de mudança de sua própria realidade com uma perspectiva de garantir o cumprimento de direitos dos usuários.

O projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CEFSS, 2010, p. 26).

Segundo CFESS (2010, p. 41) os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação

profissional<sup>5</sup>. Porém, ainda nem todos os eixos estão contemplados no cotidiano profissional.

---

<sup>5</sup> Ver Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, 2010.

## **2 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI GERAL 7º ANDAR SUS**

Segundo os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde (2010, 43) “a elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental”. De acordo com Domiciano (2013) os protocolos de Serviço Social são instrumentais que estruturam os serviços já executados e ofertam a oportunidade de padronizar as condutas sociais, replanejar, implementar ações de trabalho.

Serrano (2014), em suas reflexões acerca da importância do documento e da formalização do protocolo, o define como um instrumental sistematizado de atividades [...], produzido com a finalidade de materializar o projeto ético-político da profissão e servir de referência básica na práxis profissional [...]. Ainda ressalta que tal atividade pode ser reconhecida como um exercício intelectual de articulação entre os elementos legais (legislação, resoluções, portarias), as políticas públicas e o arsenal teórico disponível ao Serviço Social.

Por estas razões, sentimos a necessidade de padronizar, estruturar e formalizar as ações realizadas pelo Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral 7º andar SUS, pois, reconhecemos que as fundamentações ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operacionais não podem caminhar desarticuladas. E isto favorece a visibilidade, coerência e interligação das ações desenvolvidas.

Com essa premissa, a partir das análises do material produzido anteriormente e das discussões realizadas durante a elaboração deste trabalho, foram descritas abaixo as ações desenvolvidas na Unidade de Terapia Intensiva – UTI –, visando uma perspectiva da totalidade do atendimento e da compreensão do sujeito usuário da política em questão.

### **2.1.1 PROCEDIMENTOS DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI GERAL 7º ANDAR SUS**

À medida que, no cotidiano profissional, as demandas vão sendo metamorfoseada e que os aprimorandos são alternados, os procedimentos inerentes ao Setor vêm sendo (re)avaliados e qualificados, cumprindo assim um dos princípios ético-políticos do Serviço Social. Hoje, as atividades realizadas iniciam-se pelo grupo de orientação pré-visita.



### **2.1.2 Grupo de Orientações Gerais – Sala de espera**

É dever do Assistente Social nas suas relações com os usuários: democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários (CFESS, 1993).

O Assistente Social acolhe, atende e acompanha o paciente e seus familiares ou cuidadores diariamente; investiga sobre a realidade social e intervém com uma postura crítica. Rezende (2007 apud Serrano; Silva; Velani, 2013) aponta que na política de saúde o assistente social se dedica as atividades de praticar escuta, acolhimento, trabalho em equipe, realiza articulações com recursos extra-institucionais para encaminhamentos coerentes e efetivação de direitos.

Os grupos são realizados de segunda á sexta-feira, com a participação dos profissionais das áreas de Serviço Social e Psicologia. Cada profissional discorre sobre sua especificidade. Neste momento, é desmitificado a Unidade de Terapia Intensiva – UTI e informadas as orientações gerais, o Serviço Social utiliza desse espaço para desenvolver ações de educação em saúde.

Os visitantes (familiares, parentes ou não) são orientados quanto às normas e rotinas da unidade (horário de visita, número de visitas permitido sem revezamento, visita de crianças com idade inferior a doze anos, entre outros). Sendo que, o requerimento de visita extra e religiosa será autorizado, mediante avaliação multiprofissional. Referente à “restrição” de visita, o paciente ou um familiar (de primeiro grau) será orientado quanto aos trâmites para a elaboração da lista de pessoas autorizadas.

Realiza-se a socialização dos direitos sociais inerentes às políticas públicas (saúde, previdência, assistência social, educação, transporte, habitação, lazer, trabalho, renda, entre outras). Ainda são ofertadas orientações sobre a disponibilidade do Serviço Social para acompanhar o usuário e família durante o período de internação.

Após o grupo sala de espera, no horário da visita, normalmente o usuário e cuidador procuram o Assistente Social, para obter informações mais detalhadas quanto algum tema ou, ainda, para solicitar encaminhamento social ou esclarecimentos mais específicos sobre: casa de apoio, direitos sociais e previdenciários, entre outros.

O Serviço Social presta atendimento aos usuários do SUS, com ações voltadas para a concretização do projeto ético-político e a política de humanização. Neste sentido, se propõe que o exercício profissional possibilite repensar criticamente e reconstruir estratégias cotidianas, muitas vezes, rotineiras, hierarquizadas, burocráticas

e pragmáticas, bem como refletir sobre as novas demandas profissionais postas pelo capital, que impõe a fragmentação da questão social e respostas focalizadas e superficiais.

### **2.1.3 Acolhimento social individual e familiar (no leito)**

O Acolhimento, enquanto estratégia do SUS - que visa à humanização no atendimento -, favorece a intervenção qualificada, criando-se um vínculo entre a família, paciente e profissionais de saúde. Outra estratégia adotada nesta política é a empatia – técnica que facilita a compreensão dos fatores sociais a partir da visão do outro, ou seja, quando o profissional se “coloca no lugar do outro” é possível enxergar numa outra perspectiva.

De acordo com Serrano, Silva e Velani (2012-2013, p. 5) a empatia oferece um ambiente acolhedor em que os pacientes são ouvidos e compreendidos em suas expressões e manifestações, contribuindo de forma decisiva na definição dos procedimentos e encaminhamentos do assistente social a serem adotados. Desta forma as ações serão voltadas para a efetivação dos direitos sociais, civis, políticos, entre outros.

“Acolher significa oferecer ou obter refúgio, proteção, conforto físico, proteger, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção de saúde, tanto na perspectiva individual como do ponto de vista coletivo” (HENNINGTON, 2005, p. 256 *apud* DOMICIANO, 2013, p. 34)

Ao entrar na UTI, os familiares inicialmente são acolhidos pelo Assistente Social, visando “trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde” (CFESS, 2009, p. 23), realizando assim um trabalho humanizado desde a primeira intervenção com as famílias.

É deste trabalho humanizado, sob o ponto de vista ético-político que estamos falando, pois se trata de um trabalho que é ético porque se movimenta no campo dos valores, porque parte do reconhecimento da condição humana dos sujeitos, e que é político porque aspira sempre à sua emancipação, abrangendo a relação saúde, doença, cuidados, a população atendida, seus familiares e a própria comunidade (MARTINELLI, 2007, p. 25).

É durante a realização do atendimento, depois de adquirida a confiança e o respeito do usuário, que o profissional consegue identificar as manifestações da questão social e análise de conjuntura contemplando a totalidade. Em seguida, cria estratégias de intervenção, sempre a partir da decisão do usuário.

As demandas que não forem específicas ao assistente social são redirecionadas ao Serviço de Psicologia da Unidade - quando os familiares e pacientes apresentam sintomas de angústias e ansiedade, identificadas durante a abordagem social.

#### **2.1.4 Socialização de direitos sociais (Saúde, Assistência, Previdência, Trabalhista)**

A Lei de Regulamentação da Profissão 8.662, de 7 de junho de 1993, (CFESS, 1993) estabelece, em seu artigo 4, as competências do assistente Social; dentre elas aponta aquelas relacionadas a socialização e encaminhamentos:

- 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.

O profissional trabalha com a socialização dos direitos, visando facilitar o acesso aos benefícios das políticas públicas, via orientações, encaminhamentos, articulações, mobilização, entre outras ações. Realiza-se as orientações dos direitos sociais inerentes às políticas públicas (saúde, previdência, assistência social, educação, transporte, habitação, lazer, trabalho, renda, entre outras). Discorre sobre quais são os benefícios, critérios de inserção e exclusão, documentação necessária para acesso.

Há municípios, com certo avanço em relação ao cumprimento da legislação, bem como da regulamentação de certas leis; assim, é necessário investigar em que momento a política se encontra (tipo de gestão) para direcionar as orientações e intervenções e, quando as leis não são respeitadas, monitorar o processo até que o acesso seja efetivado.

### **2.1.5 Transferências Internas**

Quando o paciente apresenta melhora no seu quadro clínico é transferido para outro setor, de acordo com a especialidade que o atende. Faz parte dos direitos do paciente, o direito a informação.

Assim, durante o horário da visita um membro da equipe comunica à família ou responsável sobre a transferência do paciente para enfermaria; se necessário realiza-se articulação via telefone, com dados adquiridos através do cadastro hospitalar. São realizadas orientações quanto à importância e responsabilidade do acompanhante ou cuidador, além de orientar a respeito da rotina do Hospital. É necessário registrar no livro de atendimento social todos os dados. Quando o paciente tiver idade inferior a 18 anos e superior a 60, orientar que o Setor de Informação fornece a autorização de permanência de acompanhante.

Se os familiares relatarem dificuldades de providenciar acompanhante ou cuidador, realiza-se o acolhimento e orientação sobre as normas hospitalares. Porém não se deve direcionar a orientação para a esfera do dever/exigência, pois o acompanhante é um direito da pessoa e não um dever (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA art. 12 e Política Nacional do Idoso, art. 16), informando à enfermeira da Unidade/Setor o motivo da ausência de acompanhante, se este não for sigiloso.

### **2.1.6 Convocação de familiares para orientação**

Mediante a solicitação da Enfermeira ou Equipe Médica, a secretária da Unidade solicita a convocação ao Serviço Social; por meio do telefone, fornece dados do paciente (nome, número de atendimento, do prontuário e telefone para contato) e motivo. O Assistente social articular com a família, informando que essa deverá comparecer no Hospital para orientações e, após, registra a evolução no sistema MV, com todos os dados e motivo da solicitação. Envia-se a autorização (via Intranet) ao Setor de Informações para que o acesso seja liberado quando o cuidador ou familiar chegar ao Hospital.

### **2.1.7 Tentativa de identificação pessoal ou familiar de usuários internados (Pessoas em situação de rua, sem identificação (“desconhecido”) ou sem vínculos familiares**

Segundo o Protocolo Serviço Social na Funfarme (2012), inicialmente investiga-se se o paciente encontra-se consciente ou não, se sim, são solicitadas informações e documentos para que a secretária na UTI providencie a atualização do cadastro no Sistema MV.

Se não, é realizada articulação com Serviços Alternativos ou Serviço de Atendimento Móvel que atendeu a ocorrência (SAMU, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil, etc...), não obtendo informações necessárias são acionados os recursos disponíveis no município, como a Fundação Riopretense de Assistência Social (FRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), unidades de saúde onde o paciente reside, cadastro no sistema MV, vizinhos (via lista telefônica), etc.

Ainda, em consonância com o Protocolo Serviço Social na Funfarme (2012), se for necessária a identificação familiar e o paciente estiver consciente, é verificado se ele quer que localize a família para o restabelecimento de vínculo. Do contrário, como mencionado acima, os procedimentos são os mesmos.

### **2.1.8 Solicitação de vaga para casa de apoio**

Em acolhimento e articulação presencial com o familiar, o profissional verificará a necessidade da Casa de Apoio. É importante esclarecer que, existem dificuldades na aquisição de vagas em virtude da elevada demanda.

Em caso afirmativo de necessidade, o Serviço Social articulará com o responsável pelas vagas nas casas de apoio disponíveis, tais como: Casa de Apoio do Hospital Estadual João Paulo II (Casa Abrigo) e Associação Espírita à Caminho da Luz (AELUZ), Casa de Caridade Pão da Vida. Se autorizada a vaga, deve-se formalizar e entregar o encaminhamento social para o familiar aos cuidados da pessoa que a liberou; este deve ser entregue, em mãos, logo que a pessoa procurar a Casa de Apoio.

### **2.1.9 Preservação de direito de imagem do paciente**

O Serviço Social, juntamente com a equipe multiprofissional, cumpre o papel de garantir a segurança e integridade do paciente, respeitando seus direitos sociais e

individuais. Diante de solicitação de familiares ou responsáveis ou visitantes para fotografar o paciente, cabe ao assistente social orientá-los sobre a legislação, que zela pela dignidade do paciente pondo-os a salvo de qualquer tratamento vexatório ou constrangedor, sendo vedado tirar fotos ou publicação de imagens na internet.

Se o solicitante insistir, orientá-lo a encaminhar a sua petição através de ofício à Administração do Hospital contendo: nome completo, endereço, telefone para contato, objetivo da imagem ou filmagem, dia e horário para realização, ou ainda via e-mail [diretoria@hospitaldebase.com.br](mailto:diretoria@hospitaldebase.com.br) e aguardar análise da solicitação.

#### **2.1.10 Autorização de visita extra**

No Hospital de Base tem estabelecidas normas e rotinas alternadas que definem os horários de visita em cada unidade e o número de pessoas que podem visitar os pacientes.

Todo paciente tem o direito à visita familiar, respeitando as normativas citadas acima. Porém, muitas vezes acontece do paciente e ou familiares solicitarem visitas extras ou, ainda, solicitarem visita fora do horário da rotina do setor. Cabe ao assistente social atender o paciente e sua família na abordagem do direito e não da investigação ou curiosidade do senso comum.

É preciso entrevistar o paciente ou família para identificar a necessidade e pontuar as orientações da visita extra: norma do Hospital de Base e rotina do setor. Após, perguntar sobre o desejo do paciente e confirmar que não há intercorrências. Estando a Unidade em ordem e a equipe médica e de enfermagem de acordo a visita extra ou fora do horário regulamentar é então liberada; e por fim será necessário fazer autorização intranet e registrar em sistema MV.

Salientamos que, embora outras instituições tenham esta demanda como função administrativa – realizada por outro setor –, no HB por questões culturais ainda está a cargo do Serviço Social.

#### **2.1.11 Visitas de crianças**

O Estatuto da Criança e do Adolescente determina que é dever dos pais, do Estado e da sociedade não expor crianças a situações de perigo. O art. 2º define que

criança é toda pessoa com até 12 anos de idade incompletos. Assim, devemos evitar ao máximo a permissão de entrada de crianças como visitantes no Hospital.

Em situação de extrema necessidade do paciente, o assistente social junto ao Serviço de Psicologia, deverá avaliar a solicitação dos pais ou responsável pela criança e após autorização da equipe multiprofissional, é prudente tomar por escrito o consentimento dos pais da criança ou responsável legal, além do parecer médico (autorização) que deverão ser encaminhados ao Setor de Informações.

Os pais ou responsável pela criança deverão trazer documentos pessoais com foto e certidão de nascimento ou termo de guarda para fim de comprovação legal.

#### **2.1.12 Orientações sobre lista de visitantes permitidos (“Restrição”)**

A “restrição” de visita, reconhecida no HB como lista de visitantes, pode ser solicitada pelo paciente ou pela família. A família (esposa/o, desde comprovado a união; pai; mãe; filhos e irmãos/as) só poderá solicitar a “restrição” de visita quando o paciente não estiver consciente e orientado, ou seja, não estiver respondendo por seus atos. Assim, apenas nesta condição é que a família dispõe deste direito.

Se o paciente estiver consciente e orientado, apenas ele mesmo tem o direito de autorizar e, por extensão, proibir quem poderá visitá-lo. Cabe ao assistente social orientar e monitorar a situação nas relações familiares e com a equipe.

Providenciada a lista, com assinatura de quem a elaborou, o assistente social encaminha ao Setor de Informações, que por sua vez irá autorizar apenas a entrada das pessoas inclusas na listagem, mediante apresentação de documento de identificação pessoal.

Salientamos que se o paciente estiver inconsciente, a família não pode definir lista de visitantes (orientação jurídica). Caso ela queira, é possível procurar o Fórum local para verificar a possibilidade, é um direito dela. Se o motivo for de incompatibilidade familiar, orienta-se sobre a possibilidade de organizar a visita de forma que os horários não coincidam. Quando as visitas forem proibidas por determinação médica ou judicial, por escrito, não é necessária a intervenção social.

#### **2.1.13 Conduta para visita religiosa**

A visita religiosa deve ser solicitada pelo Paciente ou por um familiar e comunicado a Enfermagem da Unidade. É preciso que o visitante religioso apresente o documento de identificação pessoal e a credencial emitida pela Secretaria Municipal de Saúde para esse fim.

Durante o tratamento médico o Hospital de Base viabiliza e respeita o direito dos pacientes em receber apoio religioso e espiritual, tal visita será concedida mediante autorização da equipe médica e enfermagem. O Serviço Social facilitará o acesso do religioso ao Setor mediante comunicado interno ao setor de Informações.

#### **2.1.14 Atendimento social pós-óbito**

A notificação do óbito via de regra é realizada pela equipe médica. Para que a notificação seja realizada a enfermagem solicita ao assistente social a convocação dos familiares. Somente quando a família, por motivos diversos, não puder comparecer ao HB, a notificação verifica-se com a equipe médica a possibilidade de notificação por telefone.

Quando a família chegar ao HB, verificamos com equipe médica se é possível ter acesso ao Setor. O Serviço de Psicologia acompanha a notificação do óbito e, em seguida, conforme a receptividade dos familiares, o assistente social realiza o acolhimento e orientação quanto aos procedimentos funerários e algumas particularidades burocráticas para a liberação do corpo.

Quando o óbito ocorrer fora do horário comercial, a notificação e as orientações citadas acima serão realizadas pelo assistente social do Plantão Social na Emergência do Hospital. Concordamos com os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na saúde quando nos diz que “a equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos” (CFESS, 2010, p. 47). Tais como:

- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;

Estão sendo aqui consideradas como não atribuições dos assistentes sociais aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnico administrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na



formação profissional dos assistentes sociais (CFESS, 2010, p.47)

Ainda em consonância com os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010), cabe ao médico a comunicação do óbito para família, havendo a possibilidade de que o assistente social permaneça junto para o atendimento ao familiar ou responsável. Cabe ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão. Sugerimos então que estas atividades sejam repensadas junto à equipe para que novas formas de ação sejam estabelecidas, em conformidade com a legislação.

#### **- Serviço de Verificação de Óbito – SVO ou Instituto Médico Legal- IML**

Nas situações específicas que necessitem de Serviço de Verificação de Óbito – SVO - é preciso encaminhar o responsável à Recepção Interna do Hospital, portando documentos pessoais e do paciente para autorizar o procedimento. Quanto ao Instituto Médico Legal – IML - (não é necessária autorização de acordo com a legislação federal Lei 5.452, de 22 de dezembro de 1986<sup>6</sup>); assim, cabe orientar os familiares para comunicar a Funerária de preferência sobre a localidade do corpo.

#### **-Orientação sobre Auxílio Funeral**

Os familiares que não reúnam condições financeiras para providenciar o sepultamento, o assistente social encaminha ao Serviço Social do município de origem (CRAS, Fundo Social) a fim de requerer o benefício garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social nº. 8.742/93 (artigos 13, 14 e 15).

Se o paciente for munícipe de São José do Rio Preto, a família deverá procurar qualquer empresa funerária e solicitar tal benefício, conforme acordo municipal.

#### **- Paciente sob a custódia do Estado**

A notificação do óbito sempre deverá ser realizada no Sistema Prisional de Referência. A família NÃO pode ser notificada pelos profissionais do HB.

Obs.: A pessoa que tenha sido detida em flagrante é de responsabilidade da Delegacia correspondente.

---

<sup>6</sup>Todo corpo proveniente de morte considerada violenta (acidente de trânsito, brigas, suicídio, homicídio, ferimento com arma de fogo, ou queda de própria altura), é encaminhado para o IML, de acordo com a Lei 5.452, de 22 de dezembro de 1986 (Reorganiza os Serviços de Verificação de Óbitos no Estado de São Paulo).

**-Pessoa sem Identificação (“desconhecido”)**

Deve-se tentar novamente localizar a família com os dados adquiridos na admissão do paciente, acionar Hospital Psiquiátrico, Unidade Básica de Saúde, Pronto Socorro, cidade de origem do paciente, através da Prefeitura (Serviço Social) ou Delegacia de Polícia, vizinhos, etc., para saber se há algum registro da pessoa morta. Passar para a Assessoria de Imprensa a situação, solicitando publicação de matéria em jornais da cidade. Observa-se que a Coordenação do Serviço Social deverá ser notificada quanto a esta solicitação.

Não sendo possível a localização, notificar, através de relatório, à Chefia Administrativa da Emergência, que providenciará a identificação do corpo, através do exame datiloscópico. Os relatórios serão arquivados na Administração (Emergência SUS) e no Serviço Social. Após, o prazo de trinta (30) dias, não havendo a reclamação do corpo, será sepultado de acordo com os trâmites legais.

**- Usuário procedente de outro estado (inscritos em TFD)**

Se o usuário e cuidador tiverem sido encaminhados ao Hospital pelo TFD (Tratamento Fora de Domicílio – Portaria SAS/SUS de 24/02/1999)<sup>7</sup> eles terão direito à passagem aérea ou terrestre, do cuidador e traslado do corpo para retorno ao local de origem. Entretanto, os TFDs não funcionam aos finais de semana, feriados e período noturno.

O assistente social comunica o TFD (Serviço Social) e encaminha solicitação do traslado do corpo e transporte para o cuidador juntamente com o aviso de óbito.

Observação 1- Cabe ao TDF fazer o orçamento da funerária e posteriormente comunicar o Serviço Social, se o traslado foi liberado.

Observação 2- A funerária contratada deverá levar a família para o I Cartório de Registro Civil a fim de providenciar a certidão de óbito, caso a funerária tenha previsão de chegar após o horário de funcionamento do cartório a família deverá providenciar a certidão de óbito.

De acordo com o Protocolo Geral de Serviço Social (utilizado nos plantões sociais), excepcionalmente, a retirada da Declaração de Óbito para registro em cartório

---

<sup>7</sup>Através da Portaria SAS N.º 55, de 24/02/1999, o Ministério da Saúde normatiza o TFD - Tratamento Fora do Domicílio, considerando a necessidade de garantir acesso de pacientes de um Município/Estado a serviços assistenciais de outro Município/Estado e considerando a importância da operacionalização de redes assistenciais de complexidade diferenciada.

é realizada na sala de Acolhimento pós-óbito (Recepção Emergência SUS). Por esta razão, o Assistente Social encaminha o solicitante ao Setor para preenchimento de documento de próprio punho para firmar compromisso de devolução, depois de providenciada a Certidão de Óbito.

#### **2.1.15 Orientação sobre assinatura de documentos**

Acontece quando o paciente permanece internado por longo período ou havendo indicação de permanência nas proximidades da Instituição. Geralmente os documentos são procurações para recebimento de benefício.

De acordo com o Protocolo Geral do Serviço Social (2012), mediante solicitação da família junto ao Serviço Social, é realizada uma entrevista de triagem para saber o conteúdo do documento, se há possibilidade de aguardar a alta do paciente e qual o objetivo da família. Não havendo possibilidade em aguardar alta médica, quando o paciente encontra-se consciente, a família deve ser orientada a solicitar atestado médico para levar ao Cartório Civil do município.

O cartório deve vir à Instituição no mesmo dia da data do atestado; pacientes impossibilitados fisicamente de assinar (com mãos amputadas ou engessadas), orientar a família a providenciar Ata Notarial, que é elaborada a partir de atestado médico constando a impossibilidade, e que a pessoa está consciente/orientada. Para tal providência, autorizar o tabelião e testemunhas a ter acesso à enfermaria específica.

Se o paciente estiver inconsciente, a família deverá pedir ao médico atestado constando seu estado de saúde para que o apresente no órgão requerente (Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, Banco, entre outros). Observação: Paciente inconsciente não pode assinar documento. Para colher impressão digital quando o paciente estiver inconsciente, a família deverá solicitar advogado, este solicitará junto a Promotoria (Fórum) um alvará, onde consta a finalidade. Se o parecer do Promotor for favorável, a família deverá procurar o Cartório de Registros. Registrar todos os procedimentos no livro de plantão e sistema MV, e anexar cópia (atestado ou Ata Notarial) no Livro de Registros do Plantão e a original ou cópia no Prontuário do Paciente.

#### **2.1.16 Visita para usuários sob custódia do Estado**

O Serviço Social tem como objetivo orientar os familiares sobre os direitos de visita, conforme o processo de liberação de acordo com as normas estabelecidas pelo Sistema no qual o paciente está sob custódia.

### **2.1.17 Atendimento em suspeita ou confirmação de violência doméstica contra pessoas de qualquer faixa etária.**

Na Unidade de Terapia Intensiva – UTI - a suspeita ou confirmação de qualquer forma de violência contra adolescentes, idosos, mulheres e homens são acompanhadas pelo Serviço Social, sendo elas física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente Lei 8.069/90, o Estatuto do Idoso 10.741/2003, Lei Maria da Penha 11.340/2006.

A obrigatoriedade da notificação compulsória está assegurada também pelo Conselho Federal de Medicina e por alguns Conselhos Regionais, visto o receio de muitos profissionais que se omitem, alegando segredo profissional. Sendo assim, é dever de todo profissional que suspeite da violência, notificar tal situação.

A Ficha de Notificação Compulsória é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência e ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica.

Os maus-tratos (negligência, violência física, psicológica, patrimonial e sexual) são detectados pela equipe multiprofissional que posteriormente é orientada quanto ao preenchimento da ficha notificação compulsória (3 vias). O profissional de saúde comunica o setor de Vigilância Epidemiológica (Ramal 1380) que será responsável pelo recolhimento das fichas e encaminhamento aos respectivos órgãos (Conselho Tutelar, Secretaria de Saúde, Conselho do Idoso, Delegacia da Mulher, Ministério Público entre outros). Em seguida, o assistente social notifica, por telefone, o órgão responsável.

A intervenção social nas situações citadas acima de violências implica no acolhimento à vítima e sua família com orientações e encaminhamentos para providência do Boletim de Ocorrência no Plantão Policial, ressalvado quando a violência for contra maiores de 18 anos. No momento da alta hospitalar é obrigatório comunicar aos órgãos competentes para a continuidade do acompanhamento da vítima e seu núcleo familiar.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o caminho percorrido na construção deste trabalho, buscamos compreender e apresentar a realidade do nosso objeto de estudo, que está pautado em um Protocolo de intervenção do Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral (7º andar SUS).

As atividades registradas neste documento foram estabelecidas a partir da vivência cotidiana do assistente social na Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral 7º andar SUS sempre respeitando a legislação vigente e as demandas advindas da realidade do usuário da saúde pública.

Observamos que a luta pela consolidação do Projeto de Reforma Sanitária foi e é de grande importância para toda sociedade brasileira e o Brasil é um dos países com uma das melhores legislações em relação à saúde. Apoiado por um conceito ampliando de saúde que visa garantir este direito de forma universalizada, responsabiliza-se por ela de forma integral e igualitária: a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Ressaltamos que a saúde pública depende de investimento de recursos de políticas econômicas e sociais. A garantia de emprego, salário, moradia, saneamento básico, alimentação, educação, lazer e transporte interferem nas condições de saúde e de vida. Saúde não é só atendimento médico, mas também prevenção, educação, recuperação e reabilitação conforme está previsto nas legislações.

Frente ao estudo realizado, afirmamos que a intervenção do Assistente Social é determinada pelas condições políticas, econômicas, culturais e institucionais que provoca e questiona os assistentes sociais na formulação de respostas concretas às demandas neoliberais. Logo, as novas configurações da saúde pública no Brasil implicam no trabalho do assistente social em diversas dimensões, seja nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na relação com os demais profissionais e movimentos sociais.

Dessa forma, o Assistente Social encontra um grande desafio em seu cotidiano profissional no campo da saúde, ou seja, não produzir e nem reproduzir práticas conservadoras, pragmáticas e imediatistas no interior de seu trabalho, o que requisita redirecionar suas ações na construção crítica da realidade, elaborar projetos e propostas de intervenção, articular novos conhecimentos e habilidades que estejam direcionadas

aos direitos dos usuários, comprometidos com o Projeto Ético-político da Profissão bem como o Projeto de Reforma Sanitária.

É imperativo formulação de metodologias, instrumentais e reavaliação de trabalho para consolidar a competência profissional do Assistente Social. Refletindo sobre a premissa de que a teoria não muda o mundo, a elaboração de um instrumental é uma ferramenta que a práxis contempla.

Por esta razão, a construção do Protocolo constitui-se num instrumental de direcionamento ético-político, teórico-metodológico e técnico-operacional para o assistente social. O Protocolo das atividades na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, também pode contribuir para uma articulação intelectual entre as políticas sociais e de humanização, ao mesmo tempo amplia o debate e possibilita maiores reflexões dos profissionais.

Concluimos nossas reflexões pontuando que é a visão do profissional eticamente comprometido e capacitado que irá possibilitar um olhar para além dos “muros do hospital”, proporcionando um alcance profissional mais amplo que as demandas imediatas e que as práticas rotineiras, burocráticas, pragmáticas e acríicas. Desse modo, podemos dizer que somente a unidade teoria e prática podem contribuir para apreensão da realidade e enfrentamento dos desafios do cotidiano profissional.

## REFERÊNCIAS

BARROCO, M. L. S. TERRA, S. H. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**; Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, (organizador). São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: ago 2014

\_\_\_\_\_. **Conceitos e definições em saúde**. Ministério da Saúde. Coordenação de assistência médica e hospitalar. Secretária Nacional de Ações Básicas de Saúde. Brasília: 1977. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf> Acesso em: nov. 2014

\_\_\_\_\_. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências. (texto compilado). Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069Compilado.htm). Acesso em: mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em <http://www.ufrgs.br/3idade/Legisla%C3%A7%C3%A3o/lei8842.html>. Acesso em: fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização.– Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde / Cadernos Humaniza SUS; v. 1)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária da Saúde. Governo do Estado de São Paulo Estado. **Programa de Aprimoramento Profissional – PAP**. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/programa-de-aprimoramento-profissional-pap>. Acesso em: set. 2014.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária. In MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Ana Elizabete Mota et al. (orgs). 2º Ed., São Paulo: Cortez, 2007, *apud* DOMICIANO, A. L. M. **Protocolo de intervenção do Assistente Social na Unidade Semi-Intensiva**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Aprimoramento em Serviço Social na Saúde). São José do Rio Preto: FUNFARME, 2013.

CAPUTI, L. A. **Unidade entre teoria e prática no estágio supervisionado em Serviço Social**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), UEL/ Londrina-PR, 2005.

CARTA CAPITAL. As UTIs no Brasil (Por Riad Younes). Disponível em <http://www.cartacapital.com.br/saude/as-utis-no-brasil>. 2011. Acesso em: jul. 2014.

CHUEIRE, A. G. **Gestão de planos de saúde**: benefícios financeiros da utilização de protocolos clínicos. MBA - economia e administração das organizações de saúde, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação Profissional nº 8662**. Brasília: 1993.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**.

[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuação\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuação_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFESS Nº 557/2009 de 15 de setembro de 2009**.

[http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_CFESS\\_557-2009.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf). Acesso em: jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Resolução CFESS n.º 383/99 de 29 de março de 1999. Ementa: Caracteriza o Assistente Social como Profissional da Saúde. Disponível em:

[http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf). Acesso em: jul. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 218, de 6 de março de 1997**.

Carlos César S. de Albuquerque – Presidente do Conselho Nacional de Saúde.

Disponível em <http://www.crpj.org.br/legislacao/documento/resolucaosaude1997-218.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

COSTA, CILÂNEA DOS SANTOS. **O Serviço Social na Saúde**: reflexões sobre a prática hospitalar. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

COSTA, M. E.; BENOSSI J.; SILVA J. P. C.; **Os Assistentes Sociais nos Hospitais de Emergência**. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2009/anais/arquivos/1020\\_0631\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/1020_0631_01.pdf). Acesso em: jul. 2014.

COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais**. Disponível em

[www.abemeducmed.org.br/fnepas/pdf/servico\\_social](http://www.abemeducmed.org.br/fnepas/pdf/servico_social). Acesso em: set. 2014.



DOMICIANO, A. L. M. **Protocolo de intervenção do Assistente Social na Unidade Semi-Intensiva**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Aprimoramento em Serviço Social na Saúde). São José do Rio Preto: Funfarme, 2013.

FAMERP. **O Hospital de Base**. Disponível em <http://www.famerp.br/faculdade/hb.html>. Acesso em: ago. 2014.

FERREIRA, M.S.S.; LUNARDI, L. S. **Estratégias do Serviço Social para atenuar o sofrimento e tornar a ajuda ao paciente mais humana**. [www.portalmedico.org.br/revista/bio14v1/simposi](http://www.portalmedico.org.br/revista/bio14v1/simposi) *apud* COSTA, M. E. Costa, Benossi, Silva, J. P. C. Os Assistentes Sociais nos hospitais de emergência. Disponível em [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2009/anais/arquivos/1020\\_0631\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/1020_0631_01.pdf). Acesso em: set. 2014.

FUNFARME/FAMERP. Hospital de Base. **Protocolo Serviço Social na Funfarme**. São José do Rio Preto, 2012.

FARIA, C. Unidade de Terapia Intensiva – UTI. Disponível em <http://www.infoescola.com/medicina/unidade-de-terapia-intensiva-uti/>. 2009. Acesso em: jul. 2014.

HENNINGTON, E. A. **Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de Extensão Universitária**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-65, jan./fev. 2005 *apud* DOMICIANO, A. L. M. **Protocolo de intervenção do Assistente Social na Unidade Semi-Intensiva**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Aprimoramento em Serviço Social na Saúde). São José do Rio Preto: Funfarme, 2013.

MARTINELLI, M. L. **O Exercício Profissional do Assistente Social na Área da Saúde**. Algumas Reflexões Éticas, 2007, Serviço Social & Saúde Campinas v. 6 n. 6 p. 1–144 maio 2007.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação**. 3 ed. – São Paulo: Cortez, p. 121-152, 1993.

REZENDE, R. M. **Mulher, cuidado e felicidade: fragmentos e autobiografias**. Tese (Doutorado em Serviço Social) UNESP. FHDSS. Franca, 2003 *apud* SERRANO, L. C.; SILVA, A. P. P.; VELANI, L. R. **Protocolo de Intervenção do Serviço Social em Transplante**. Unidade de Transplante de Fígado e Intestino Delgado. FUNFARME/FAMERP. Hospital de Base. São José do Rio Preto, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Manual de Normatização do TFD – Tratamento Fora do Domicílio do Estado de São Paulo**. São Paulo, dezembro/2009.

SERRANO, L. C.; SILVA, A. P. P.; VELANI, L. R. **Protocolo de Intervenção do Serviço Social em Transplante**. Unidade de Transplante de Fígado e Intestino Delgado. FUNFARME/FAMERP. Hospital de Base. São José do Rio Preto, 2013.

TEIXEIRA, CARMEM. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador-Bahia. jun. de 2011.