



6º Encontro Internacional de Política Social
13º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Duzentos anos depois: a atualidade de Karl
Marx para pensar a crise do capitalismo
Vitória (ES, Brasil), 4 a 7 de junho de 2018

Eixo: Serviço Social: fundamentos, formação e trabalho profissional.

**O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS:
SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM UNIDADE DE
EMERGÊNCIA DE GRANDE PORTE**

Fábio da Silva Calleia¹
Ingrid Adame Moreira²

Resumo: Este trabalho visa apresentar a sistematização do processo de trabalho do Serviço Social na realidade de um Hospital de emergência de grande porte (Hospital Estadual Getúlio Vargas, localizado na Penha, zona norte na cidade do Rio de Janeiro). Pretendemos demonstrar possibilidades de inovações no cotidiano que permitam ratificar a importância do trabalho do Serviço Social na área de saúde. O trabalho consiste em apresentar a estratégia utilizada pela equipe de Serviço Social que, através do aprofundamento do trabalho técnico com respectivas formas de apresentação das ações realizadas e resultados obtidos, consolidou o campo de atuação profissional na unidade afastando tarefas administrativas e burocráticas tão presentes no cotidiano da categoria na área de saúde.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde; Processo de trabalho.

Abstract: This work aims to present the systematization of Social Service worker process in reality of a large emergency Hospital, (Getúlio Vargas State Hospital, located in Penha, North in the city of Rio de Janeiro). We intend to demonstrate possibilities for innovations in everyday life that allow ratification of the importance of the work of the Social services in the area of health. The work consists of presenting the strategy used by Social services that, by strengthening the technical work with respective presentations of the actions taken and results obtained, consolidated the field of professional activity on drive away bureaucratic and administrative tasks as present in everyday healthcare category.

Keywords: Social Service; Health; Worker process.

Introdução

Considerado um dos maiores Hospitais de emergência do Rio de Janeiro, localizado na Zona Norte da cidade, o Hospital Estadual Getúlio Vargas³ possui hoje, aproximadamente, 300 leitos dividido em leitos de enfermarias, U.T.I's e emergências adulto e pediátrica. Mas não é somente o tamanho da unidade que representa toda a sua especificidade dentro da cidade. Apesar da sua localização territorial está situada na

¹ Mestre em Serviço Social e Coordenador do Serviço Social do Hospital Estadual Getúlio Vargas.

² Mestre em Serviço Social e Assistente Social do Hospital Estadual Getúlio Vargas.

³De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, o HEGV é uma unidade de grande porte com atendimento de emergência geral e para trauma, ortopedia, neurocirurgia, pediatria, medicina interna, cirurgia geral e Unidade de Tratamento Intensivo de adultos. O hospital estrutura-se com perfil de média e alta complexidade, para demandas de internação e ambulatório de acompanhamento pós-alta para ortopedia e neurocirurgia.

área programática 3.1, é a unidade que atende boa parte da demanda da baixada fluminense devido a carência de especialidades na região e também a carência de unidades de emergência. Por se tornar referência para um grande contingente populacional de baixa renda, o Hospital Estadual Getúlio Vargas torna-se um gigantesco receptor de condicionantes e determinantes sociais que interferem no processo saúde doença, o que justifica a importância da atuação do Serviço Social na unidade.

Na Política de Saúde, o assistente social atua com os condicionantes e determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, no entanto, há de se observar que o conceito de saúde⁴ que nos permite reconhecer tais determinantes e condicionantes não é o hegemônico nas práticas institucionais dos diversos profissionais que atuam na saúde. Por tal razão, o assistente social tem sido chamado a intervir sobre uma série de questões que não correspondem as suas atribuições dentro desta política. Historicamente, o Serviço Social na política de saúde, devido ao desconhecimento sobre seu papel e não entendimento do conceito ampliado de saúde foi direcionado para atendimentos de cunho administrativo e burocrático, além da importante atuação frente às demandas sociais.

Partimos do pressuposto de que a profissão encontra-se, historicamente, mais associada à Política de Assistência e, devido a esta associação, o reconhecimento do Assistente Social como profissional de saúde⁵ permanece ainda em processo de maturação, – até mesmo para os próprios profissionais da categoria – que acaba por adotar um perfil assistencial em suas intervenções no campo da saúde pública. O Serviço Social é chamado a intervir em diversas demandas incongruentes à profissão pelo desconhecimento e/ou falta de fluxo para executá-las, o que desconsidera as atribuições técnicas referentes aos profissionais. Ainda hoje na cidade do Rio de Janeiro é possível verificar o Serviço Social atuando em frentes de trabalho com comunicações de óbitos e em práticas de regulação e transferências de pacientes, além de cumprir funções burocráticas como preenchimentos de autorizações de acompanhante, emissão de declarações de comparecimento, controle de visitas, acolhimento de reclamações, entre tantas outras funções que poderiam ser realizadas por profissionais administrativos

⁴De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

⁵ O CFESS através da resolução 383/99 caracteriza o Assistente Social como um profissional de saúde.

com um mínimo de treinamento. Entretanto, entende-se de forma equivocada que, o Assistente Social é o profissional mais apropriado para atender as famílias, pois garante um acolhimento mais humanizado que os demais profissionais, corroborando para o não entendimento das outras categorias de que o acolhimento e a humanização do atendimento é parte intrínseca deste.

Apesar de inúmeras idiossincrasias estarem presentes no Hospital Estadual Getúlio Vargas e várias demandas ainda serem encaminhadas ao Serviço Social de forma equivocada, o volume destas através de um processo de educação continuada demonstra uma redução considerável destes atendimentos, possibilitando assim a execução de um Serviço cada vez mais voltado para um trabalho diferenciado de acompanhamento aos pacientes com “demandas sociais” que são monitoradas e resolvidas através de um sistemático trabalho de equipe. E o trabalho a seguir trata exatamente sobre esse diferencial.

A intervenção do Serviço Social⁶ no Hospital Estadual Getúlio Vargas

Em 2011, com a finalidade de acompanhamento à pacientes com demandas sociais latentes⁷ (ausência de referências familiares, pessoas em situação de rua, vítimas de violência, etc.), o setor começou a utilizar uma ficha própria de caráter sigiloso para uso restrito dos Assistentes Sociais. A “ficha social”, como é chamada até hoje, era de fundamental importância para que todas as informações relativas ao trabalho realizado, tais como: dados de identificação, principais referências familiares, relatórios confeccionados, contatos com instituições, entre outros, não se perdessem ao longo da internação e do tempo. De 2011 à 2014, todos os usuários avaliados com demandas sociais latentes, tinham as suas “fichas sociais” abertas para acompanhamento até o seu encerramento (saída do usuário da unidade), daí então estas eram arquivadas e registradas em livro. Cabe ressaltar ainda, que em vários momentos outros profissionais da equipe multiprofissional avaliam determinados usuários como “casos sociais”, estes usuários só passam a ser acompanhados pelo Serviço Social se, de fato, o Assistente Social avaliar tal necessidade. Quanto a isso,

⁶ A equipe de Serviço Social da unidade é composta por 19 profissionais: 1 Coordenador, 1 Auxiliar administrativo, 1 jovem aprendiz, 3 Assistentes Sociais diaristas, 3 Assistentes Sociais plantonistas noturnos e 10 Assistentes Sociais plantonistas diurnos.

⁷ Pessoas em situação de rua, Vítimas de violência e Pacientes sem identificação são demandas classificadas pela equipe compulsórias de acompanhamento.

o profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergências, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. (CFESS, 2010, p.43)

É importante ressaltar também que, todas as intervenções realizadas pela equipe são relatadas em prontuário, exceto situações onde o profissional avalie uma necessidade de sigilo. Tais registros em saúde são de suma importância para a categoria profissional, pois além de relatar sobre o que é pertinente em sua atuação, os registros subsidiam a equipe multidisciplinar na continuidade do cuidado. Sobre isso o CFESS indica que a atuação do assistente social é importante para,

Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social. (CFESS, 2010, p. 45)

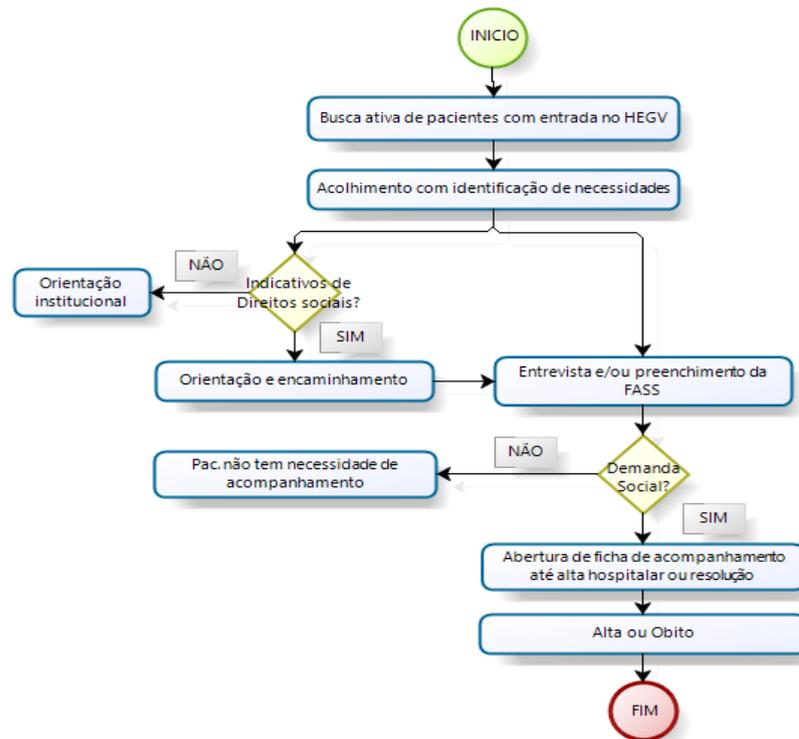
Em meados de 2014, com a mudança na Coordenação do setor, o trabalho em torno deste acompanhamento foi reestruturado e repensado em diversos aspectos. A primeira mudança foi a criação do cargo de rotina, composto por duas profissionais, sendo uma responsável pela emergência da unidade e outra responsável das enfermarias e U.T.I's. Ambas iniciaram a execução diária do que foi denominado como “discussões das fichas sociais”.

A sistemática instaurada no setor desde 2014 permitiu uma reorganização do processo de trabalho com o claro intuito de tornar o Serviço Social da unidade adequado com o que de fato é objeto de intervenção do Serviço Social – as múltiplas expressões da questão social (IAMAMOTO, 2008). Almejando um processo de trabalho que materializasse o projeto ético político⁸ do Serviço Social no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais e que também fosse mais célere e qualitativo, voltado para o atendimento das demandas sociais que interferem no processo saúde-doença da população usuária. A equipe de Serviço Social possui um processo de trabalho organizado e contínuo para usuários que possuem uma demanda social que necessitem de acompanhamento; avaliação de usuários internados para orientações e

⁸ Segundo Neto (2008), o projeto ético-político do Serviço Social se constitui de três pilares: o Código de Ética profissional de 1993, a Lei de Regulamentação da profissão (1996) e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

encaminhamentos necessários e atendimentos diretos aos usuários e familiares quando estes solicitam. E, nesse intuito de solidificar um processo de trabalho adequado as competências técnicas, foi criado no setor um fluxograma definindo o macro processo de trabalho do Serviço Social – figura abaixo.

FIGURA 1 – Macro processo de trabalho do Serviço Social



Fonte: Serviço Social – Hospital Estadual Getúlio Vargas (2014)

Todos os setores da unidade são monitorados diariamente por um controle de atendimento do Serviço Social que mostra ao profissional quais os usuários internados com nome, idade, enfermaria e leito; se houve um primeiro atendimento realizado naquele setor ao usuário; se o mesmo já foi avaliado pelo Serviço Social e se o usuário é acompanhado pelo Serviço Social de maneira sistemática. O controle é atualizado diariamente pela equipe de plantonistas e permite que os profissionais focalizem suas ações para os atendimentos ainda não realizados e para as situações de acompanhamento evitando um retrabalho e perda de tempo na assistência aos usuários. A atualização do controle é feita todo final de plantão, deixando uma cópia para a retomada das ações no dia seguinte.

Diariamente, os plantões iniciam suas atividades com a leitura das fichas sociais em andamento e esse trabalho é mediado pelas Assistentes Sociais diaristas que, sistematizam as discussões e servem como elos entre os plantões. Essa primeira mudança trouxe grande impacto para o setor já que não havia nenhum momento de troca entre os profissionais e, a única ligação entre os plantões eram os relatos nas fichas e nos livros. Desta forma, as ideias do dia anterior não eram perdidas ou interpretadas de maneira equivocada e o processo de trabalho começou a ser construído coletivamente. A partir das discussões são traçadas condutas a serem realizadas em cada situação, – estas condutas são pensadas em conjunto não havendo hierarquias entre as profissionais. Após a divisão de tarefas, cada plantonista intervém a partir do que fora estabelecido e dá continuidade também em outras ações que avaliarem necessárias de acordo com o decorrer do dia. Toda a intervenção é relatada em ficha social para continuidade e tratativas no dia posterior.

Compete as Assistentes Sociais diaristas a alimentação de uma planilha semanal com os pacientes sociais em acompanhamento. A planilha é enviada a Coordenação do Serviço Social com informações sobre cada paciente acompanhado, as ações e encaminhamentos já realizados, as ações e encaminhamentos à realizar e, quando ao encerramento da ficha, as informações sobre a saída do paciente (alta, transferência, óbito, saída à revelia ou saída por meios próprios)

A segunda mudança realizada foi pensada para melhorar dois aspectos: organização e sistematização de dados. Em setembro de 2014, foi criado o “banco de fichas sociais”⁹. O banco trouxe importantes melhorias para o setor. Além de funcionar como organizador de informações referentes ao arquivamento de cada ficha, (existe coluna própria para essa informação) essencial em casos de reinternações, o banco possibilita a sistematização dos dados extraídos das fichas sociais.

Com intuito de padronização das informações referentes às principais demandas sociais acompanhadas, também foi criado um código interno de demandas sociais, o que permite mensurar o número de vezes que uma determinada situação ocorre. Foram estabelecidas como principais demandas sociais: Pessoas em situação de rua, ausência de suporte sociofamiliar, suporte sociofamiliar fragilizado, vítimas de violência (sub

⁹ Trata-se de tabela de Excel contendo todas as fichas sociais acompanhadas desde setembro de 2014 com colunas indicando nome, idade, demanda social, intervenções, data de entrada, data de saída, etc....

categorias criança, adolescente, mulher, idoso e pessoa com deficiência), pessoa sem identificação, adolescente em conflito com a lei e usuário de álcool e outras drogas¹⁰. Ao final de cada mês a equipe recebe um relatório mensal com o número de pacientes acompanhados no setor, quantidade de dias de acompanhamento por setor, estratificação por demanda social, quantidade de fichas sociais abertas e encerradas com estratificação da resolução, entre outros dados que são de possíveis extrações a partir do monitoramento estabelecido.

O volume de informação qualitativa sobre a Assistência prestada com o monitoramento dos pacientes sociais ainda é pouco utilizado para fins acadêmicos mas, sem dúvidas, possibilitam aos profissionais a utilização destes para futuros artigos sobre o aumento constante de demandas sócias latentes em unidades de emergência.

A partir dessas mudanças, relatórios e indicadores começaram a ser pensados, acompanhados e monitorados mensalmente. Atualmente o Serviço Social conta com 5 indicadores estratégicos, validados pelo NQSP¹¹: Taxa de resolutividade das demandas sociais, taxa de pacientes avaliados pelo Serviço Social, Taxa de avaliação em 24 horas, número de dias de internação social, Pacientes Sociais acompanhados por setor. Em destaque apresento aqui dois indicadores que são monitorados desde o ano de 2015: Taxa de resolutividade das demandas sociais e número de dias de internação social.

O primeiro indicador, taxa de resolutividade, das demandas sociais, é obtido com o monitoramento da quantidade de usuários acompanhados no mês e o fluxo de saída destes, descartando os óbitos e saídas à revelia. É importante salientar sobre esse indicador que, o Serviço Social acompanha por dia, em média, mais de 20 pacientes com demandas sociais. Segue abaixo os números referentes ao ano de 2017.

GRÁFICO 1: Taxa de resolutividade das demandas sociais (2017)

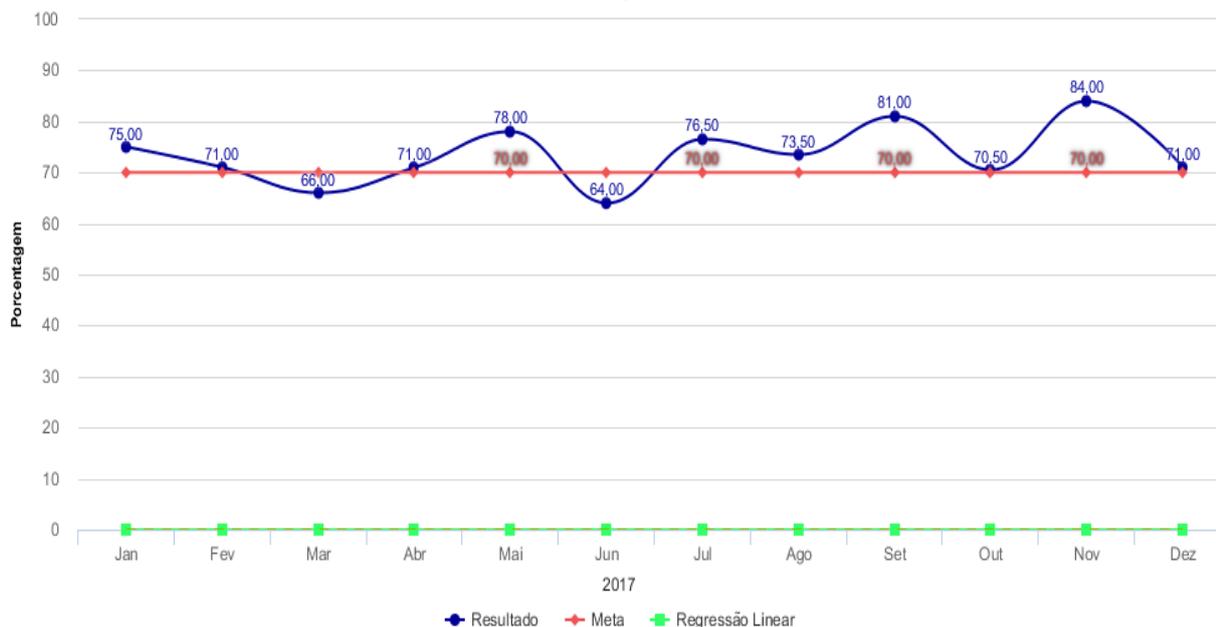
¹⁰ Para cada demanda social existe um protocolo operacional padrão (POP) que serve como *guideline* para o profissional na intervenção.

¹¹ Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente é o setor responsável pelo monitoramento dos principais indicadores das equipes assistenciais do Hospital.

Taxa de resolutividade das demandas sociais

Marcel Augusto de Oliveira / Fernando Silva Mendonça (Fabio da Silva Calleia)

Evolução



Fonte: Serviço Social – Hospital Estadual Getúlio Vargas, 2017

Apesar dos índices apontarem uma taxa de resolutividade de, em média 70%, devemos considerar que os 30% restantes apresentam baixo impacto na desospitalização, pois a maioria representam usuários em acompanhamento que permanecem internados de um mês para o outro até terem suas demandas sociais resolvidas. Em média, observamos que apenas 10% dos usuários internados e que são acompanhados pela equipe apresentam questões de difícil resolução para a desospitalização de modo seguro. Entretanto em média 30% dos pacientes geram algum impacto na desospitalização.

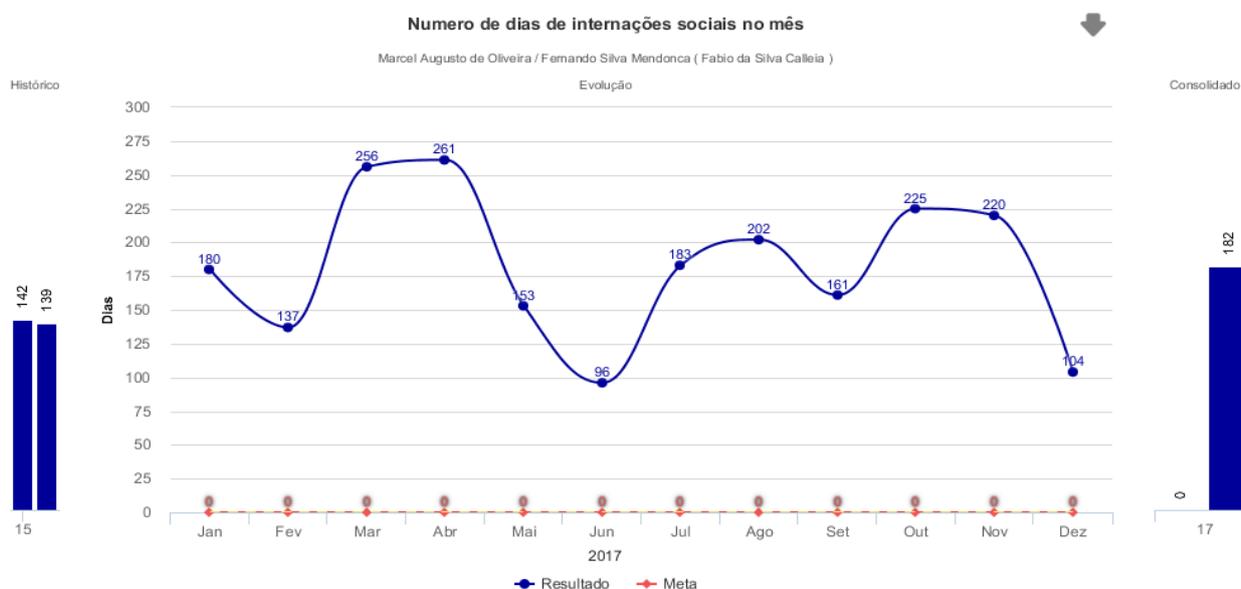
A desospitalização é trabalhada de modo com que o usuário seja devidamente orientado e direcionado para resolução tanto da necessidade de continuidade do tratamento em saúde quanto da necessidade de acompanhamento por outros equipamentos. Apesar de impactar na obstrução de leitos, entende-se que é de fundamental relevância trabalhar todos os aspectos que possam implicar no processo saúde-doença do usuário. Sendo assim, por diversas vezes, a alta hospitalar é vetada pela equipe de Serviço Social até a intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais que interferem na saúde do usuário. Obviamente, trata-se de terreno conflituoso e de difícil compreensão já que, como relatado anteriormente, existe um desconhecimento sobre o conceito de saúde que entende a saúde

[...] como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Lei 8080/ 1990).

Apesar das dificuldades, o constante contato com os demais profissionais no dia a dia e também a defesa do trabalho à nível de gestão vêm solidificando uma atuação cada vez mais comprometida com uma desospitalização concatenada aos princípios éticos e políticos que iluminam a profissão, considerando não só os aspectos biológicos e físicos do usuário.

O segundo indicador, número de dias de internação social, representa o somatório de dias em que usuários permanecem na unidade apesar de se encontrarem de alta médica, conforme os dados seguintes referentes ao ano de 2017.

GRÁFICO 2: Número de dias de internação social (2017)



Fonte: Serviço Social – Hospital Estadual Getúlio Vargas, 2017.

Em média, 30 pacientes apresentam demandas sociais que impactam na desospitalização também em média 189 dias (somatório)¹². Observamos que as altas mais demoradas para desospitalização são referentes a idosos com ausência ou suporte sócio familiar fragilizado, pessoas em situação de rua e usuários com comprometimento psiquiátrico. Apesar de encaminhar as situações para os equipamentos públicos

¹² Estes números tem como base o ano de 2017. É importante mencionar que tanto a média de número de pacientes quanto a média de número de dias de internação estão em uma crescente em relação aos anos anteriores, o que aponta para um aumento considerável dos problemas sociais e também de ausência de políticas públicas para atenção destes usuários.

pertinentes para a resolução das questões de maneira célere, observamos uma demora considerável no que tange ao tempo de resposta. Cabe refletir que nas demandas sociais mencionadas são requisitadas, quase que unicamente, respostas do Serviço Social, como se a responsabilidade pela solução de tais questões fossem apenas do assistente social (MATOS,2013).

O indicador em um primeiro momento pode até parecer uma falha da equipe do Serviço Social, mas com a fundamentação de que as ditas “altas sociais” precisam de mais elementos do que só meramente o trabalho do Serviço Social em si, esta conexão direta à equipe se esvai. Desta forma, evidenciando os números que trazem um grande impacto na dinâmica hospitalar, mostramos também a importância do trabalho do Serviço Social e a necessidade de cobrança de respostas a outras esferas da própria saúde, da assistência, do judiciário, da saúde mental, entre outras que não dão garantias de continuidade dos cuidados.

Com esse trabalho implicamos de forma direta a intersetorialidade do cuidado que insiste em não acontecer e colocamos à exposição as inúmeras falhas de conexão entre as políticas sociais, principalmente aquelas que compõem a seguridade social que deveriam ter fluxos definidos e solidificados entre si.

Além destes variados aspectos, o número de atendimentos realizados, entrevistas e encaminhamentos também são sistematizados em relatórios mensais à Direção e posteriormente lançados para a Secretaria Estadual de Saúde. Estas práticas contribuem para a disseminação da importância do trabalho técnico do Assistente Social e, ajudam no sentido de diminuir o volume de trabalho administrativo que outrora era afixado à equipe. Tais ações, criadas e recriadas, pensadas e repensadas, corroboram para o que Vasconcelos apontava como necessário, e assim

[...] é no planejamento e na execução de determinadas estratégias e ações que o assistente social vai se formando e se transformando num recurso vivo, cada vez mais qualificado. Vai formando e consolidando a sistematização, a análise, a crítica e a avaliação das ações; vai fortalecendo suas referências, seus valores, seus compromissos, seus objetivos.. Ao mesmo tempo, vai assegurando o acesso e a ampliação dos direitos e do controle social. (VASCONCELOS, 2009, p. 257)

Considerações Finais e Resultados

A iniciativa de sistematizar o processo de trabalho do Serviço Social no H.E.G.V objetiva a organização do setor e a definição de condutas frente a dinamicidade de um Hospital de Emergência. Apesar de todos os impactos que

interferem e sucateiam o SUS remetendo a política pública de saúde ao colapso de seus princípios e diretrizes com clara intencionalidade de torná-la algo de baixa qualidade para fortalecimento do projeto privatista, o Serviço Social do Hospital Getúlio Vargas continua na tentativa de desenvolvimento de um trabalho ímpar em uma unidade pública com a difícil tarefa de prestar uma assistência de qualidade, em um campo de trabalho que “[...] se caracteriza predominantemente pelo atendimento às demandas emergenciais” (ADAME, 2013, p. 117).

Tal desafio perpassa pela necessidade de um rigor técnico-operativo sem abrir mão das dimensões teórico-metodológica e ético-políticas da profissão. Mas para além destas faz-se necessário criar e recriar dentro dos espaços sócio ocupacionais estratégias de enfrentamento ao recrudescimento das políticas públicas. Segundo preceitos do projeto ético-político e diretrizes do Código de Ética (1993), o exercício profissional do assistente social não pode se resumir a respostas imediatas materializadas no cotidiano profissional. Se o exercício profissional do assistente social se resumir somente a encaminhamentos, aconselhamentos, informações, o mesmo se perde, se perde do seu significado e dos seus objetivos, ao não garantir um exercício profissional coadunado com os princípios do seu projeto ético-político, o que acaba por desqualificar a profissão em suas especificidades (ADAME, 2013)

A criação de um simples monitoramento através de um banco de dados e a construção de indicadores que embasam a importância do trabalho da equipe de Serviço Social não apontam apenas para um objetivo interno de apresentação do trabalho e manutenção da equipe assistencial. A pretensão é avançar muito mais com a iniciativa, porém, para alcançar maiores distâncias precisamos de uma categoria que trabalhe de forma mais homogênea e com maior sincronia.

Hoje, o Serviço Social, que conformou-se enquanto uma profissão partícipe da divisão sócio-técnica do trabalho (IAMAMOTO, 2008), reproduz a lógica neoliberal em diversos espaços onde atua. De maneira estanque e sem articulações ou propostas de unificações de conduta nas diversas políticas, reproduzimos um esquema propício para a continuidade e aprofundamento do sucateamento destas. Alienados na mera ilusão de que um trabalho que é considerado como sendo crítico pelos assistentes sociais está condizente com o postulado marxista, criamos a falsa sensação de que fazemos um bom trabalho. Mera ilusão.

O primeiro passo para deixarmos a alienação em que estamos soterrados é o movimento dentro das políticas sociais de ações em conjunto pelo menos no que concerne ao trabalho técnico do Serviço Social. Uma ação estanque de um Serviço Social de um Hospital de um bairro, de uma cidade, de um Estado, não movimentada nada. Mas e se essa ação não fosse realizada apenas por um, ou por poucos? E se conseguíssemos uma maior sincronia nas ações dos Serviços Sociais de diferentes equipamentos? E se utilizássemos a tecnologia das redes sociais para fortalecer essas práticas em conjunto? Temos tantas hipóteses para avaliar e elencar, mas continuamos pensando apenas no nosso universo restrito e particular. E por fim, é necessário retomar as seguintes palavras de Yamamoto,

[...] as alternativas não saem de uma suposta “cartola mágica” do Assistente Social; as possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais. Cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho. (IAMAMOTO, 2008, p.21).

Referências

ADAME, Ingrid. **O exercício profissional dos Assistentes Sociais em urgência e emergência**: (refletindo sobre) as particularidades do atendimento no espaço sócio-ocupacional. 2014. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8080, 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990.

CFESS. **Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional em. São Paulo: Cortez, 2008.

MATOS, Maurílio. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

NETO, José Paulo. A construção do Projeto ético-político do Serviço Social. In: **SERVIÇO Social e Saúde: formação e trabalho social**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.