

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - RIMS
PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
SERVIÇO SOCIAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:

**O Trabalho da Assistente Social na Atenção Básica do SUS:
As mediações junto às mulheres em situação de Vulnerabilidade Social**

Residente: Graziela Dourado Ramos

Orientadora: Professora Dr^a. Rosa Maria Castilhos Fernandes

**Porto Alegre
2018**

Graziela Dourado Ramos

**O Trabalho da Assistente Social na Atenção Básica do SUS:
As mediações junto às mulheres em situação de Vulnerabilidade Social**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Prof^a orientadora: Dr^a. Rosa Maria Castilhos Fernandes

Porto Alegre
2018

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA..... | 9 |
| 2.1 A Saúde como parte da Proteção Social brasileira..... | 9 |
| 2.2 O trabalho da Assistente Social na Saúde..... | 11 |
| 2.3 As mulheres em situação de Vulnerabilidade Social: Usuárias da saúde..... | 13 |
| 3. OBJETIVOS..... | 15 |
| 3.1 Geral..... | 15 |
| 3.2 Específicos..... | 15 |
| 4. METODOLOGIA..... | 15 |
| 5. RESULTADOS..... | 20 |
| 5.1 Introdução..... | 21 |
| 5.2 Metodologia..... | 24 |
| 5.3 As mulheres em situação de Vulnerabilidade Social: Usuárias da Atenção Básica em Saúde..... | 26 |
| 5.4 O trabalho da Assistente Social no contexto da Atenção Básica em Saúde: Mediações possíveis e necessárias..... | 31 |
| 5.5 Considerações finais..... | 36 |
| 5.6 Referências..... | 37 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 40 |
| 7. REFERÊNCIAS..... | 41 |
| 8. APÊNDICES..... | 45 |
| Apêndice A - Instrumento de coleta de dados..... | 45 |
| 9. ANEXOS..... | 51 |
| Anexo 1 - Formulário de atendimento do Serviço Social..... | 51 |
| Anexo 2 - Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais..... | 58 |
| Anexo 3 - Termo de Compromisso para Utilização de Dados..... | 59 |
| Anexo 4 - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)..... | 60 |
| Anexo 5 - Normas editoriais da Revista Saúde e Sociedade da Universidade de São Paulo (USP)..... | 61 |

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios.

Mais do que nunca é preciso ter coragem,
é preciso ter esperanças para enfrentar o presente.

É preciso resistir e sonhar.

É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia
no horizonte de novos tempos
mais humanos, mais justos, mais solidários.

Marilda Yamamoto

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em primeiro lugar todo apoio, suporte e força que a família Dourado Ramos me proporcionou nestes 2 anos de Residência. Vocês foram o incentivo para continuar, mesmo diante dos problemas. Amo vocês!

Ao Bruno, meu noivo e companheiro de vida, que acredita tanto em mim. Obrigada pelo afeto, colo, companhia e suporte. Por saber entender e respeitar este processo tão difícil da Residência. Obrigada por não desistir de mim e continuar amando todas as minhas versões (ao longo destes quase 11 anos juntos). Eu te amo muito. Agradecimento extensivo à família Padilha que me acolhe com tanto amor e carinho.

A todos os meus colegas da UBS, especialmente, à Fernanda e Laura, minhas eternas companheiras. Sobrevivemos às 60h semanais e eu só consegui porque tive vocês ao meu lado. Muito obrigada! Gostaria também de agradecer à nossa Atenção Básica do Amor: Rivelino, Iaramin, Gabriel e Priscila. Que grupo lindo que formamos! Sinto saudades do convívio diário com vocês. Ah e obrigada pelas dicas de sobrevivência!

Gostaria de agradecer aos colegas residentes de Medicina de Família e Comunidade por todas as trocas e pelos happy hours hehe, especialmente à Lauren que me faz acreditar em uma medicina mais humana, pé no barro, com senso crítico e em defesa do SUS (tu és incrível). Obrigada pela parceria.

Agradeço também às minhas colegas e amigas, residentes do núcleo de Serviço Social: Thaís, Manu, Carol, Gé, Lisa e Isa (amor antigo que me acompanha em mais essa fase da vida) e as R2 Paola, Bia e Lidi. Formamos um grupo de afeto, força e resistência que ultrapassa os muros dessa instituição. Obrigada por essa relação que construímos e que possamos seguir firmes com os nossos ideais.

À minha preceptora Janaíra por toda a troca e ensinamento. Obrigada por ter me despertado a curiosidade e paixão pela Saúde Mental e Redução de Danos. Obrigada por acreditar no meu potencial e confiar no meu trabalho. Obrigada por ser compreensiva e flexível nos momentos difíceis.

A todo o colegiado da RIMS/ABS pelos ensinamentos, pelo investimento na nossa formação e por lutarem por um SUS de qualidade. Obrigada pela paciência e compreensão. Serei eternamente grata a vocês. Em especial agradeço à minha parceira Mariana Dihl, nutricionista que se arrisca a sair da sua zona de conforto, que se permite a aprender com todos em sua volta. Mari muito obrigada por todos os ensinamentos e pela força nos momentos difíceis. Te admiro muito enquanto profissional, mulher e ser humano. Ahh e não posso esquecer de agradecer pelos abraços (que eu sei o quanto eles são preciosos).

A todos profissionais das equipes 1 e 2 da UBS Santa Cecília que me acolheram tão bem, que me ensinaram tanto e que confiaram no meu trabalho. Não tenho palavras para dizer o quanto aprendi e o quanto vocês contribuíram para minha formação pessoal e profissional.

À minha orientadora, professora Rosa, que aceitou me orientar em um dos momentos mais desafiadores de crescimento pessoal e profissional de minha vida. Obrigada por ser “calmaria” quando eu era “tempestade”. Por ter tido motivação para continuar este trabalho, mesmo diante de problemas pessoais e de uma conjuntura política e social que, por vezes, nos paralisa e nos causa tanta desesperança. Obrigada por ser uma referência profissional e por não desistir de lutar por um mundo mais justo.

À minha banca do TCR, Prof^a Míriam Dias que é uma referência de profissional assistente social e de mestre, que luta tanto pela Redução de Danos e por um SUS público e de qualidade. Obrigada por aceitar este desafio e por contribuir na qualificação deste trabalho. E à Enf^a Paula Filippou não só por aceitar este convite, mas principalmente pelas trocas e por todo aprendizado adquirido na prática das segundas-feiras no ambulatório da Unidade Álvaro Alvim. Obrigada por ser uma profissional maravilhosa e que o SUS tanto necessita!

Por último, não menos importante, a todos os usuários que confiaram em mim para contribuir no seu cuidado à saúde. Principalmente às mulheres, pela troca de conhecimento e de vida que os nossos encontros proporcionaram. Hoje entendo o significado e a importância do vínculo para o cuidado em saúde, de forma mais eficiente e mais humanizada. Obrigada pelos ensinamentos que levarei para toda a vida.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão discorre sobre o processo da pesquisa intitulada “O trabalho do Assistente Social com Mulheres em situação de vulnerabilidade social na Atenção Básica” desenvolvida no período de agosto a outubro de 2018 para atender aos requisitos parciais para a conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no Programa de Atenção Básica em Saúde, núcleo de Serviço Social. A pesquisa foi desenvolvida na UBS Santa Cecília - HCPA e apresenta uma das discussões emergentes no âmbito do Serviço Social, na política de saúde, que diz respeito à importância do trabalho desta profissional na Atenção Básica em Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, foi necessário submeter o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, sendo aprovada em fevereiro de 2018 sob nº CAAE 81811417.6.0000.5327 e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa/HCPA sob o nº 2018-0213, no mês de agosto de 2018.

Na Política de Atenção Básica em Saúde¹ (BRASIL, 2017) a profissional assistente social² não está prevista na equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), apenas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que foram criados para ampliar a abrangência das ações das equipes na ABS. No NASF a assistente social compõe esta equipe, com o objetivo de requisitar o reforço das seguintes ações de apoio institucional e/ou matricial, que não são exclusivas desse profissional, quais sejam: análise e intervenção sobre riscos e vulnerabilidades, apoio à informações e indicadores de saúde, organização do processo de trabalho que se refere ao acolhimento, cuidado, ações coletivas, gestão, articulação com outros pontos de atenção da rede, educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado, entre outros (BRASIL, 2017). Isto nos faz refletir sobre a importância de demais conhecimentos profissionais fazerem parte da equipe de uma Unidade de Saúde para além da Medicina, Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), tendo em vista, a complexidade das questões trazidas pelos usuários. Acreditamos que no formato de NASF não é possível garantir a integralidade no cuidado em saúde, pois

¹ Termo adotado pelo Movimento Sanitário Brasileiro em busca de uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada (GIOVANELLA, p.1, 2018)

² Neste trabalho utilizamos o gênero feminino na escrita para nos referir as assistentes sociais da UBS e as mulheres que participaram do processo de pesquisa.

se materializam em ações imediatas e fragmentadas, dificultando a criação de vínculos que é essencial para intervir no processo saúde-doença.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília faz parte da rede municipal de Porto Alegre, situada na Gerência Distrital Centro, funciona através de um convênio entre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) desde outubro de 2004 e a partir de julho de 2010, passou a ser administrada pelo HCPA e vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente, a área de abrangência estende-se a 40.000 pessoas, sendo 28.000³ cadastradas no serviço. A unidade segue um modelo misto, sendo composta de quatro áreas divididas entre ESF e UBS, respectivamente 4 equipes (1 equipe não cadastrada). Cada equipe é composta, entre contratados e residentes, médicos de família e comunidade (MFC), enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, farmacêutico, nutricionistas, agentes comunitários de saúde (ACS) - únicos profissionais vinculados a PMPA através do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) -, equipe administrativa, segurança e higienização. Ou seja, a UBS Santa Cecília conta com uma equipe ampla, multidisciplinar e ainda serve como campo para formação de diversos profissionais de saúde.

Especificamente se tratando da assistente social, o campo da saúde é um espaço sócio-ocupacional de destaque para atuação, pois uma pesquisa sobre o perfil das assistentes sociais no Brasil, promovida pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), com base em dados de 2004⁴ constata que: “no nível nacional, 78,16% dos assistentes sociais atuam em instituições públicas de natureza estatal, das quais 40,97% atuam no âmbito municipal, 24%, estaduais e 13,19%, federais” (IAMAMOTO, 2009, p. 5). Também é importante destacar que esse profissional atua “predominantemente na formulação, planejamento e execução de políticas sociais com destaque às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras” (IAMAMOTO, 2009, p. 5).

Os parâmetros de atuação do assistente social na política de saúde, a partir da regulamentação do CFESS (2010), refere que o trabalho profissional deve ser organizado de acordo com os seguintes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação

³ Dados referente ao ano de 2017.

⁴ O CFESS está realizando nova pesquisa para atualização de dados sobre os campos sócio-ocupacionais dos Assistentes Sociais.

profissional. Importante salientar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas de forma articulada. Referente ao eixo qualificação e formação profissional a Residência Multiprofissional em Saúde se caracteriza por um programa de pós-graduação *Latu Sensu* pela formação em serviço, na qual os residentes desenvolvem atividades teóricas e práticas, organizadas por categorias profissionais ou por áreas de atuação.

Os programas de Residência contribuem para discussão e reflexão sobre a importância do trabalho interprofissional, sobre a humanização da atenção à saúde e o atendimento na perspectiva da integralidade dos sujeitos. Além disso, contribui para a superação de saberes identitários conservadores e rígidos, possibilitando a abertura para diversos campos de conhecimento (FERNANDES, 2011). As residências em saúde contribuem ainda, diretamente para a qualificação do trabalho da assistente social suscitando a relação dialética entre teoria e prática, sobre diferentes vulnerabilidades e riscos sociais vivenciados e expressados pelos usuários do SUS.

Portanto, este trabalho de conclusão tem a finalidade de refletir acerca da contribuição do trabalho da Assistente Social com mulheres em situação de vulnerabilidade social em uma Unidade de Saúde da Atenção Básica do SUS a partir dos resultados da investigação realizada. Tendo em vista que as mulheres estão entre os segmentos da população que se encontram em situação de vulnerabilidade e riscos sociais. O abuso de álcool e outras drogas e situações de violência demandam um trabalho interprofissional e intersetorial, com vistas à garantia de direitos e superação de preconceitos enraizados na sociedade. Então, para realização deste trabalho foram realizadas uma revisão de literatura, e uma Pesquisa Qualitativa do tipo documental em documentos institucionais (principalmente em prontuários e formulários de atendimento).

A pesquisa procurou responder ao seguinte problema: De que maneira o trabalho da Assistente Social vem contribuindo com a atenção à saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade social no âmbito da Atenção Básica em Saúde? Se desdobrando nas seguintes questões norteadoras: 1) Qual o perfil de mulheres em situação de vulnerabilidade social atendidas pelo Serviço Social da UBS Santa Cecília?; 2) Quais são as necessidades em saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade social?; 3) O que faz parte da instrumentalidade da Assistente Social no trabalho com mulheres em situação de vulnerabilidade social em uma Unidade de Saúde?

O presente trabalho para além desta introdução, está organizado nas seguintes partes: revisão da literatura que discorre sobre o histórico da proteção social brasileira, o trabalho da assistente social de formação generalista e as mulheres em situação de vulnerabilidade social. Em seguida, os objetivos da pesquisa e os resultados deste processo que são socializados em formato de artigo científico. Por fim, tecemos as considerações finais e as respectivas referências que fundamentaram as reflexões desencadeadas e a produção de conhecimento, sistematizadas a partir do processo vivenciado na RIMS.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Para a investigação do trabalho da Assistente Social na Atenção Básica em Saúde (ABS), com mulheres em situação de vulnerabilidade social no contexto capitalista brasileiro, mais especificamente sobre mulheres usuárias da UBS Santa Cecília/HCPA, se fez necessário o aprofundamento teórico relacionado à proteção social brasileira, onde se situa a política de saúde. Para tanto, a revisão da literatura obteve como principais autores: Behring; Boschetti (2010), Pereira (2009), Couto et al (2012), Bravo (2004), Ministério da Saúde – PNAB (2017) e Saúde das mulheres (2016), Camargo; Mendes (2012), Iamamoto (2012), Wünsch; Mendes (2014), CFESS (2010), Netto (2011), Baptista (2000), Cecílio (2001), Pereira (2011), Lisboa (2005) e Sposati (2009), entre outros.

E para além desta revisão, que subsidiou a caminhada investigativa, outras categorias emergiram neste processo e foram adensadas no artigo sistematizado nos resultados da pesquisa, com os seguintes autores: Silva, Batista e Santos (2017), Giovanella (2018), Camargo; Mendes (2012), CONASS (2009), Organização Mundial da Saúde (2015), Lisboa (2005), Sposati (2009), Minayo (2007), Antunes (1999), CFESS (2010), Iamamoto (2012), Netto (2011), Baptista (2000), Bispo (2014), Cecílio (2001), Vasconcelos (2015), Waiselfisz (2015) e Fagundes; Moura (2009).

2.1 A Saúde como parte da Proteção Social brasileira

É preciso analisar as políticas sociais a partir do processo sócio-histórico do surgimento das mesmas, que foram estabelecidas de forma gradual e singular entre os países. Esse surgimento está relacionado aos “movimentos de organização e pressão da

classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 63). Ou seja, as políticas públicas e sociais representam interesses contrários, que são resultantes das correlações de força existentes na sociedade e, a partir das contradições impostas pela sociedade capitalista, que se apresentam simultaneamente positivas e negativas, beneficiando interesses contrários (PEREIRA, 2009).

Portanto, a criação das políticas sociais é fruto do processo de exclusão social, porém também elas representam uma forma de resistência a isto, tendo em vista que são conquistas da classe trabalhadora porque incorporam demandas do trabalho, expressando-se em direitos sociais e impondo limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Além disso, apesar da política social nem sempre produzir qualidade de vida e dignidade humana - pelas limitações da sociedade capitalista - este é o objetivo maior (PEREIRA, 2009).

Desta forma, a Seguridade Social se constitui pelas políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, a partir de um “sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais, cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos” (COUTO et al., 2012, p. 43-44). A partir das regulamentações legais se configura a seguridade social como direito de cidadania. Porém, há o desafio constante de se construir um modelo de seguridade social de caráter universalizante, que se relaciona diretamente à concepção das políticas sociais no campo da proteção social brasileira (COUTO et al., 2012).

A política social de Saúde, organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim como todas as políticas sociais, é fruto de disputas e correlações de forças. Sua implementação foi impulsionada pelo movimento social da classe trabalhadora, iniciado nos anos 80, na época da redemocratização do país, o que representa uma demanda da população, transformada em direito social, sendo incorporada na Constituição Federal de 1988. A Saúde é a única política dentre as políticas sociais de caráter universal, ou seja, todo cidadão tem direito aos serviços ofertados. Além da universalização, o SUS possui também, como princípios, a descentralização e a unificação no setor. É formado por um conjunto de ações e serviços de saúde que são prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais.

Essa formação e construção do SUS está diretamente relacionada ao movimento sanitário, iniciado em meados dos anos 1970, que avançou na elaboração de propostas para o fortalecimento do setor público em oposição ao modelo privado (BRAVO, 2004). Há uma disputa do mercado pela saúde, que atualmente está cada vez mais ganhando força com governos neoliberais no poder que, em nome da crise financeira, efetuam cortes de financiamento influenciando diretamente na qualidade dos serviços públicos prestados. Em épocas de crise do capital, que vivenciamos atualmente, se faz necessária a reafirmação das propostas do movimento sanitário, que se mostram cada vez mais instáveis. E, sobretudo, é sabido que alguns segmentos populacionais ainda encontram muitas barreiras e dificuldades para o acesso à saúde.

A Portaria nº 2.463/2017 do Ministério da Saúde (MS), que aprovou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) acordada pelos entes federativos, caracteriza a atenção básica pelo conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, envolvendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações devem ser desenvolvidas a partir de cuidado integrado e gestão qualificada pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2017). Acredita-se que a atenção básica conseguirá concretizar essas ações de promoção, proteção e prevenção a partir de serviços que sejam constituídos por equipes multiprofissionais amplas (com no mínimo cinco áreas de conhecimento diferentes) que visem ao trabalho interprofissional e intersetorial.

Nesse sentido, entende-se que o modelo de atenção que orienta as ações da equipe de saúde deve-se direcionar para “a efetivação de práticas democráticas, coletivas e de controle social, interdisciplinares, com vistas à integralidade e à intersetorialidade” (CAMARGO; MENDES, 2012, p. 291). Portanto, defende-se que a profissional Assistente Social faça parte das equipes nas Unidades de Saúde, devendo desenvolver um trabalho coletivo e incidindo diretamente nos determinantes e condicionantes sociais implicados no processo saúde-doença.

2.2 O trabalho da Assistente Social na Saúde

No trabalho, no contexto capitalista, segundo Lamamoto (2012): “a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação

dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”, o que justifica a raiz da desigualdade social no sistema capitalista. Especificamente o trabalho da profissional Assistente Social é realizado através da intervenção nas múltiplas expressões da questão social, entendida como desigualdade social, mas também como resistência, rebeldia (IAMAMOTO, 2012).

Para o reconhecimento enquanto trabalho, se faz necessária a inserção em um processo de trabalho, exigindo assim a problematização dos elementos que o compõem. O elemento “atividade em si”:

é referente à força de trabalho especializada e a contratação deste trabalho relaciona-se, principalmente, “aos objetivos e papel profissional do Assistente Social, expectativa institucional, demandas institucionais e da população, e a particularidade/especificidade profissional em determinado espaço sócio-ocupacional (WÜNSCH; MENDES, 2014, p. 74).

Portanto, os processos de trabalho se diferenciam conforme o espaço sócio-ocupacional inserido. Entretanto, independente desse espaço, o trabalho é realizado a partir da identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais (CFESS, 2010).

Essas determinações se expressam na vida dos sujeitos. Por isso, se faz necessário desvendar a realidade, que pressupõe o reconhecimento das suas múltiplas determinações, sendo que as mais simples estão postas no nível da universalidade. Mas, na imediaticidade do real, elas se mostram como singularidades, exigindo o movimento de aproximações sucessivas, de mediações para a compreensão das particularidades de cada sujeito (NETTO, 2011). Para estas mediações serem qualificadas, deve-se compreender a importância do planejamento, enquanto movimento de reflexão-decisão-ação-reflexão (BAPTISTA, 2000). Para isto, é preciso planejar a partir das dimensões que balizam o fazer profissional, também ancorado nos princípios do Projeto Ético-político Profissional que propõe a perspectiva totalizante (CFESS, 2010).

Sendo a dimensão técnico-operativa onde se especificam os instrumentos, ou seja, os meios como a entrevista, a observação, a visita domiciliar, a reunião, grupos, entre outros possibilitam a capacidade de identificação e de entendimento das condições materiais de vida. Além disso, a identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil. No atendimento direto ao usuário, refletindo a partir da dimensão teórico-metodológica, é preciso fazer este movimento de planejamento e mediação para

identificar as expressões da questão social, que são condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, sendo essencial problematizá-las, analisá-las e fazer os encaminhamentos necessários, sem culpabilizá-los pela situação de vulnerabilidade social imposta por uma sociedade dividida em classes. Ao compreendermos essa realidade como algo inerente à sociedade capitalista, a dimensão ética e política do trabalho profissional exige a construção coletiva, ou seja, entre o profissional e o usuário e entre os demais profissionais, para buscar estratégias necessárias à superação dessa vulnerabilização, assim como, das necessidades em saúde, vivenciadas pelos sujeitos de direitos, como as mulheres.

2.3 As mulheres em situação de vulnerabilidade social: usuárias da Saúde

As mulheres, segmento populacional significativo como sujeitos de direitos e usuárias dos serviços da rede intersetorial, dão visibilidade à desproteção social a que a população está submetida, que se materializa no cenário atual de ameaças constantes aos direitos sociais já conquistados.

As necessidades podem ser classificadas, segundo Cecílio (2001), em quatro conjuntos: 1) boas condições de vida; 2) acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida; 3) criação de vínculos afetivos entre usuários e profissional/equipe de saúde; 4) graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida. Estes conjuntos auxiliam a compreender os fatores determinantes e condicionantes implicados no processo saúde-doença.

As necessidades das mulheres, primeiramente como necessidades humanas, são comuns a todos, universais. Para que as necessidades humanas básicas sejam satisfeitas, ressaltamos a importância do reconhecimento da autonomia através da defesa intransigente da democracia, perpassando o universo das políticas públicas (POTYARA, 2011). Autonomia que é restrita no contexto capitalista, onde as oportunidades não são iguais para todos os segmentos da população. Especificamente as necessidades em saúde são orientadas e programadas no protocolo da Atenção Básica em Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016), quanto à: atenção aos problemas/queixas mais comuns em saúde das mulheres, atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco, puerpério e promoção do aleitamento materno, planejamento reprodutivo, prevenção de câncer de colo do útero,

prevenção do câncer de mama, atenção às mulheres no climatério e atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar. É preciso considerar, ainda, o fato da utilização dos serviços de saúde ser majoritária pelo público do sexo feminino. Nessa perspectiva, a saúde da mulher é uma das áreas temáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) na organização das ações e dos serviços (CAMARGO; MENDES, 2012). Porém devemos considerar como um desafio ampliar a saúde da mulher para além das questões reprodutivas e individuais.

A violência contra a mulher tem sido apontada pela ONU, além de violação dos Direitos Humanos, como um problema de Saúde Pública, ou seja:

como uma das principais causas de doenças das mulheres (hipertensão, angústia, depressão, sofrimento psíquico e outras). Da mesma forma, a violência cometida contra as mulheres é considerada um dos principais entraves ao desenvolvimento de países do mundo inteiro (LISBOA, 2005, p. 200).

Assim, as situações de violência às quais as mulheres estão expostas referem-se a um risco social. As manifestações dos riscos, segundo Sposati (2009), ocorrem no cotidiano das pessoas, nos territórios onde vivem, sendo o precário acesso à infraestrutura um dos fatores de risco e/ou agravos de situações de vulnerabilidade social. Ou seja, os riscos se relacionam diretamente com a vida e o modo de viver, que são determinados pela condições sociais em que vivem. Portanto, estar em situação de vulnerabilidade significa estar sujeito a algumas vivências e capacidades que já estão postas. No sentido biológico: “a vulnerabilidade inclui a ideia de estar mais predisposto a que algo ocorra. E é necessário eliminar a vulnerabilidade, substituindo-a por força/resistência bem como eliminar os fatores de risco” (SPOSATI, 2009, p. 34).

Afirma-se que a vulnerabilidade social não é apenas econômica, apesar de que os que acessam menos a renda estejam mais vulneráveis e tenham mais dificuldades de enfrentar os riscos sociais. Além disso, ninguém é vulnerável em todas as dimensões e, por isso, é preciso desenvolver as capacidades como modo de enfrentá-las. A busca pelo aprimoramento dessas questões no campo da política de saúde permite a oferta de serviços qualificados e apropriados para responder a estas situações, possibilitando a redução de danos, promoção, prevenção da saúde e a restauração da vida humana (SPOSATI, 2009). Neste sentido, fazem-se relevantes estudos científicos relacionados a esta temática.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral: Evidenciar as necessidades em saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade social e o trabalho realizado pela Assistente Social em uma Unidade de Saúde, visando à legitimação desse espaço profissional e contribuir para a qualificação dos serviços prestados pelo SUS.

3.2 Específicos:

1) Analisar o perfil de mulheres em situação de vulnerabilidade social que acessam o Serviço Social em uma Unidade de Saúde.

2) Identificar as necessidades de saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade social.

3) Analisar a instrumentalidade do trabalho da Assistente Social com mulheres em situação de vulnerabilidade social na Atenção Básica em Saúde.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da pesquisa, teve-se como referência o método dialético com base no materialismo histórico-dialético de Karl Marx, sendo essa teoria adotada como fundamento teórico-metodológico, técnico, ético e político para a análise e intervenção profissional das Assistentes Sociais na realidade social. Esse método permite a identificação e apropriação das categorias advindas da realidade, assim como a sua utilização para explicar a constituição dos fenômenos, através de sucessivas aproximações. Nesse processo é sempre necessário dar visibilidade às contradições presentes nos processos de transformações que resultam em múltiplas determinações, ampliando os sentidos e explicações da realidade (PRATES, 2012). Contradições como por exemplo: que há formação especializada para assistentes sociais como parte da equipe de ESF, através das Residências Multiprofissionais em Saúde, mesmo não havendo esse campo de trabalho reconhecido pela legislação.

Trata-se de um tipo de pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e documental, obtendo-se como fonte, para análise, documentos institucionais, tais como: prontuários eletrônicos, ata de reunião, formulários de atendimento do Serviço Social (que é composto de informações referentes a: identificação, composição familiar, situação habitacional, contexto familiar, situação atual de saúde e rede de apoio, aspectos intersetoriais e assistenciais, organização e planejamento das ações e avaliação do acompanhamento) e estudos e relatórios sociais.

Assim sendo, esta pesquisa procurou responder à seguinte questão central: *De que maneira o trabalho da Assistente Social vem contribuindo com a atenção à saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade social no âmbito da Atenção Básica em Saúde?* Se desdobrando em três questões norteadoras: 1) Qual o perfil de mulheres em situação de vulnerabilidade social atendidas pelo Serviço Social da UBS Santa Cecília? 2) Quais são as necessidades humanas e em saúde, identificadas pelo Serviço Social de mulheres em situação de vulnerabilidade social? 3) O que faz parte da instrumentalidade da Assistente Social no trabalho com mulheres em situação de vulnerabilidade social em uma Unidade de Saúde?

O caminho metodológico percorrido se deu a partir de duas etapas, quais sejam:

1) realização da revisão de literatura com referenciais relativos às seguintes categorias teóricas: Sistema Único de Saúde, Atenção Básica em Saúde, Trabalho da Assistente Social, Saúde da Mulher, Necessidades em Saúde e Vulnerabilidade Social; 2) pesquisa qualitativa do tipo documental. Como forma de organização deste processo, os textos utilizados foram sendo fichados pela pesquisadora.

Foram coletadas 42 informações de cada mulher sujeito da pesquisa, selecionadas através dos seguintes critérios de inclusão: a) mulheres atendidas pelo Serviço Social, no período de março de 2017 a fevereiro de 2018 na UBS Santa Cecília; b) em situação de vulnerabilidade social, expostas aos riscos sociais de: violência e/ou abuso de álcool e outras drogas; c) tenham sido atendidas pelos(as) assistentes sociais nas seguintes modalidades: abordagem grupal, no acolhimento do Serviço Social, em visita domiciliar e acompanhamento individual. E os critérios de exclusão: a) mulheres em situação de vulnerabilidade social, que não pertencem ao território de abrangência e que não são cadastradas na UBS Santa Cecília; b) menores de 18 anos; c) insuficiência de dados, ou seja, com menos de 30 informações referentes às 42 questões. O total da população

amostral foram de 48 mulheres atendidas pelo Serviço Social no período de março de 2017 a fevereiro de 2018 na UBS, porém foram sendo excluídas as mulheres a partir dos critérios já citados e escolhidas intencionalmente (GIL, 2012) 10 mulheres que obtiveram maior quantidade e qualidade dos registros nos formulários analisados.

Os documentos analisados se constituem de: 10 prontuários, 9 formulários de atendimento do Serviço Social (Anexo 1, p. 58), 8 estudos e relatórios sociais e 1 ata de reunião, totalizando 28 documentos institucionais analisados. Para a coleta de dados nesses documentos foi construído um instrumento na plataforma do *GoogleForms* - Instrumento de Coleta de Dados e Informações (Apêndice A, p. 45) - semi-estruturado, constituído de questões abertas e fechadas, apresentadas no seguinte quadro:

| INFORMAÇÕES GERAIS | PERFIL DAS MULHERES | COMPOSIÇÃO FAMILIAR | SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE E REDE DE APOIO | SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE-SOCIAL | AVALIAÇÃO DO CASO PELO SERVIÇO SOCIAL | PLANEJAMENTO DAS AÇÕES | AVALIAÇÃO DO TRABALHO REALIZADO |
|--|---|----------------------------|--|---|--|--|---|
| Porta de entrada para o atendimento do Serviço Social | Idade | Com quem reside | Problemas de saúde identificados | Situação de violência | Demandas (procura do atendimento)? | Modalidade de atendimento do Serviço Social | Avaliação do trabalho do Serviço Social |
| Documentos utilizados para a coleta de dados e informações | Raça/Cor | Maternidade | Serviços de saúde acessados | Uso ou abuso de drogas | Demanda avaliada e objetivos do Serviço Social | Periodicidade planejada para os atendimentos do Serviço Social | Modificações nos objetivos do atendimento do Serviço Social |
| | Naturalidade | | Apoio nos cuidados voltados à saúde | Identificação de prejuízos no abuso de drogas | | Intervenção da Assistente Social | Resultados e monitoramento |
| | Profissão /ocupação e inserção no mercado de trabalho | | Apoio para o enfrentamento de problemas | | | Cuidado foi compartilhado na Equipe | |
| | Situação trabalhista e previdenciária | | | | | Encaminhamentos | |
| | Estado Civil | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|
| | Grau de Instrução | | | | | | |
| | Renda Familiar (SM) | | | | | | |

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

A partir deste instrumento na plataforma GoogleForms, foi possível organizar os achados da pesquisa. A partir destes dados e das informações qualitativas extraídos dos documentos, realizou-se a análise de conteúdo com base em Bardin (2016). Para tanto, a análise de conteúdo se desenvolveu a partir das seguintes etapas: *preparação*, que consistiu em identificar as diferentes informações a serem analisadas, organizadas por meio de uma planilha; *unitarização*, ou unidades de significados, que é a definição da unidade de análise com base nas questões norteadoras; *categorização*, que é o procedimento de agrupar dados, considerando a parte comum existente entre eles; *descrição*, que consiste no momento de expressar os significados captados e intuídos nas mensagens analisadas e *interpretação*, que objetiva atingir uma compreensão mais aprofundada do conteúdo das mensagens, através da inferência e interpretação que foram sendo realizadas ao longo do processo de análise.

Neste processo de análise de conteúdo emergiram as seguintes categorias relacionadas com as questões norteadoras: Mulheres negras, Precarização do trabalho das mulheres, Baixa escolaridade, Maternidade, Atenção em saúde mental, doenças crônicas e infecções sexualmente transmissíveis (IST), Rede de apoio para o cuidado voltado à saúde e para enfrentamento de problemas, Violência contra a mulher, Uso de substâncias psicoativas e prejuízo nas relações familiares a partir do abuso das substâncias, Trabalho interprofissional, Planejamento do processo de trabalho, Análise das demandas, Educação em Saúde, Trabalho intersetorial, Mediação para o acesso a direitos sociais e Avaliação do processo interventivo.

Ainda sobre os procedimentos metodológicos, com relação aos aspectos éticos, o estudo atendeu à Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sobre os riscos, consideramos que eles são mínimos, pois pode haver o risco de quebra de privacidade e confidencialidade pela utilização de dados institucionais e dos prontuários, que pertencem aos pacientes/usuários da UBS Santa Cecília - sujeitos da pesquisa. Esta

utilização teve o cuidado de descaracterizar plenamente a identificação do paciente, preservando sua identidade. Portanto, não são identificados pelos nomes, assim como não é informado o número de registro institucional, tornando-os anônimos e não havendo contato com os mesmos para a coleta de dados. Foram utilizados: Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais (Anexo 2) e Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Anexo 3) para documentar o compromisso com este sigilo.

Acredita-se que indiretamente os sujeitos podem se beneficiar com este estudo que possui como objetivo a qualificação dos serviços e atendimentos prestados no Sistema Único de Saúde (SUS). Como compromisso ético, também entendemos ser fundamental realizar a discussão dos resultados deste processo com a equipe interprofissional da UBS Santa Cecília, residentes multiprofissionais e de medicina de família e comunidade, além das mulheres usuárias do serviço e, ainda, produzir conhecimentos e socializá-los por meio de publicação de artigo científico.

5. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa qualitativa documental serão apresentados a seguir, em formato de artigo científico, a ser submetido pela aprovação de publicação na Revista Saúde e Sociedade da Universidade de São Paulo (USP). As normas editoriais desse periódico se encontram no Anexo 5 (pág.61) deste trabalho.

O Trabalho do Assistente Social no cuidado com Mulheres em Situação de Vulnerabilidade Social na Atenção Básica do SUS⁵

The work of the Social Worker in care with Women in Situation of Social Vulnerability in the Primary care of SUS

Graziela Dourado Ramos⁶; Rosa Maria Fernandes Castilhos⁷

Resumo: Este artigo propõe a reflexão da importância do trabalho da Assistente Social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Socializa resultados da pesquisa que teve como objetivo analisar o perfil, as necessidades em saúde e a instrumentalidade do trabalho do Serviço Social com 10 mulheres em situação de vulnerabilidade social que sofrem violência e/ou fazem abuso de drogas. Trata-se de pesquisa documental, qualitativa, produto do trabalho de conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Entre os documentos analisados estão prontuários e formulários de atendimento do Serviço Social em uma Unidade Básica de Saúde - UBS. Entre os resultados destacam-se: o perfil de mulheres negras, trabalhos precarizados, mães, ensino fundamental incompleto e renda familiar de menos de 1 até mais de 3 salários mínimos. As necessidades em saúde dessas mulheres se constituem em demandas para equipe técnica da UBS e relacionam-se à saúde mental, doenças crônicas, infecções sexualmente transmissíveis (IST), situação de violência doméstica/intrafamiliar e uso de substâncias psicoativas, sendo o álcool a mais utilizada e impactando nas relações familiares. O trabalho da Assistente Social é um trabalho interprofissional e intersetorial com articulações de diferentes políticas públicas. Há um planejamento do processo de trabalho, análise das demandas, ações de educação em saúde, mediação para acesso aos direitos sociais e avaliação deste processo. Portanto, conclui-se que o trabalho da assistente social na equipe de Estratégia Saúde da Família é extremamente relevante para intervir nos determinantes e condicionantes de mulheres em situação de vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Assistente Social; Atenção Básica em Saúde; Mulheres; Vulnerabilidade Social; Residência Multiprofissional em Saúde.

Abstract: This article proposes a reflection on the importance of the Social Worker's role in the Primary care of SUS. Socialize research results that aimed to analyze the profile, health needs and the

⁵ Financiamento próprio.

⁶ Residente da Atenção Básica em Saúde da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: grazi_dourado@hotmail.com. Rua Carlos Von Koseritz, 368. Porto Alegre, RS - Brasil. CEP: 90540-030.

⁷ Professora Dr^a. da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Instituto de Psicologia. Departamento de Serviço Social. Porto Alegre, RS - Brasil. E-mail: rmariaf@uol.com.br; rmariaf@uol.com.br.

instrumentality of the Social Worker with women in situations of social vulnerability at Health Unit. This is a documental and qualitative research, product of the completion work of Multiprofessional Residency Program of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Among the documents analyzed are medical records and forms of attendance of the Social Service in an ESF unit. Research subjects refer to 10 women, intentionally chosen, in situations of social vulnerability who suffer violence and/or drugs' abuse. The results are as follows: profile of black women with precarious work, mothers, incomplete elementary school and family income from less than one to more than three minimum wages. Health needs are related to mental health, chronic diseases and STDs, situation of domestic/intrafamily violence and use of psychoactive substances, with alcohol being the most impacting and used on family relationships. The work of the social worker is an interprofessional and intersectoral work with articulations of different public policies. There is a work process planning, demands analysis, health education actions, mediation for access to social rights and evaluation of the intervention process. Therefore, it is concluded that the work of the social worker in the Family Health Strategy team is extremely relevant to intervene in the determinants and constraints of women in situations of social vulnerability.

Keywords: Social Worker, Primary Care, Women, Social Vulnerability, Multiprofessional Residency Program.

1. Introdução

Vivemos tempos de uma conjuntura política, social e econômica que não só vêm ameaçando as políticas sociais brasileiras, como vêm implementando uma série de medidas que destituem significativas conquistas da classe trabalhadora, como por exemplo, as que atingem diretamente o Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/1990), em sua estrutura organizacional e, conseqüentemente, os direitos à saúde. É urgente a discussão sobre os cortes orçamentários no campo da saúde que se materializam com a aprovação, em outubro de 2016, da PEC 241, que altera a Constituição Federal de 1988 para congelar, por duas décadas, os investimentos em saúde e educação, entre outras políticas públicas. Nesse sentido, se faz necessário lembrar que o SUS é resultado de conquistas de lutas populares e do processo de redemocratização vivenciado no país nos anos 1980-1990 (Bravo; Matos, 2009). Esse sistema vive atualmente uma de suas maiores crises, pois seus princípios vêm sendo questionados por conta da prevalência e defesa dos processos de produção e reprodução do capital e que acabam por defender a privatização da saúde, a retração do Estado na condução e responsabilização com os serviços de saúde pública, prestados em todo território nacional. Além disto a onda do neoconservadorismo apresenta-se, então, como

forma dominante de apologia conservadora da ordem capitalista, combatendo o Estado social e os direitos sociais, almejando uma sociedade sem restrições ao mercado, reservando ao Estado a função coercitiva de reprimir violentamente todas

as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais. (Barroco, 2015, p.625).

Assim sendo, a retração dos investimentos na Atenção Básica em Saúde (ABS) é defendida por segmentos conservadores e neoliberais que encabeçam a disputa pela saúde. Sabemos que o SUS, ao longo de sua institucionalização, sempre sofreu ameaças ditadas pelo capital, mas temos de reconhecer que a conjuntura que se configurou a partir dos anos de 2016, no Brasil, tem sido categórica com relação à destituição dos investimentos nesse sistema, entre outros aspectos. Importante sublinhar aqui que o termo adotado e defendido neste artigo “Atenção Básica em Saúde” é pelo fato de que o “Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada” (Giovannella, p.1, 2018).

Diferentes situações caracterizam este contexto como, por exemplo, a falta de recursos humanos, a escassez e o sucateamento de tecnologias, enfim de condições para a realização do trabalho concreto dos profissionais que compõem a atenção básica. Entretanto, é possível identificar que mesmo com essa conjuntura, muitos são os trabalhadores da saúde que buscam formas de resistência e enfrentamento das adversidades dessa política social, defendendo o SUS e a responsabilidade Estatal como um sistema universal, gratuito e de qualidade na provisão de seus serviços, sejam eles no âmbito dos serviços públicos, quanto nas iniciativas privadas que prestam essa atenção em saúde por meio de recursos públicos. Entretanto, as necessidades em saúde se materializam por meio das demandas que se apresentam no trabalho cotidiano dos profissionais que atuam nos diferentes serviços e programas da saúde e que requerem intervenções técnico-operativas, nesse caso, nos interessa refletir acerca da importância do trabalho das Assistentes Sociais na Atenção Básica em Saúde.

Historicamente o campo da saúde tem sido um espaço sócio-ocupacional de destaque para a atuação das Assistentes Sociais, ao lado de outras profissões da saúde. O Serviço Social vem produzindo conhecimentos na área da saúde, assim como, vem construindo estratégias de trabalho e de militância que defendem a reforma sanitária e a saúde coletiva. Bravo e Matos (2009) afirmam que “o debate do Serviço Social na Saúde vem acompanhado de uma referência ao projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente”. Uma das discussões emergentes no âmbito do Serviço Social se refere à importância do trabalho dos Assistentes Sociais na ABS, tendo em vista que na Política de Atenção Básica (PNAB, 2017) este profissional não está previsto na equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), apenas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nessas equipes, a assistente social tem como objetivo requisitar o

reforço de ações de apoio institucional e/ou matricial, que não são exclusivas desse profissional, tais como: análise e intervenção sobre riscos e vulnerabilidades, apoio a informações e indicadores de saúde, organização do processo de trabalho que se refere ao acolhimento, cuidado, ações coletivas, gestão, articulação com outros pontos de atenção da rede, educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado, entre outros (Brasil, 2012). Isto é contraditório ao pensarmos que há um reconhecimento que se expressa na formação especializada para as Assistentes Sociais como parte de uma equipe de ESF na ABS por meio das Residências Multiprofissionais em Saúde.

A busca pelo aprimoramento destas e outras questões, no campo da política de saúde, permite a oferta de serviços qualificados e apropriados para responder a situações complexas, possibilitando a redução de danos, promoção, prevenção da saúde e a restauração da vida humana (Sposati, 2009) e isto requer cada vez mais o trabalho interprofissional nas equipes de uma UBS e ESF. A violência, aqui considerada como uma questão de saúde pública e relacionada aos determinantes sociais, é um exemplo de risco associado à situação de vulnerabilidade social, principalmente em usuárias mulheres.

Assim sendo, este artigo emerge das reflexões de uma experiência em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), vivenciada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e socializa resultados de uma pesquisa que teve como objetivo evidenciar as necessidades em saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade social e o trabalho realizado pela Assistente Social em uma Unidade de Saúde, visando à legitimação desse espaço profissional e para contribuir na qualificação dos serviços prestados no SUS. Mulheres essas, em situações de vulnerabilidade social, que são usuárias do SUS e, portanto, com necessidades em saúde, que requerem a intervenção interprofissional. Também os objetivos específicos do estudo se propuseram a: analisar o perfil de mulheres vítimas de violência e/ou usuárias de álcool e outras drogas, que acessam o Serviço Social em uma Unidade de Saúde; identificar as necessidades em saúde dessas mulheres e analisar a instrumentalidade do trabalho da Assistente Social.

Para fins de sistematização, este artigo está organizado, além desta introdução, em três partes. Na primeira discorreremos acerca da metodologia da pesquisa, apresentando a questão central, questões norteadoras, fonte de dados, sujeitos da pesquisa e relato sucinto sobre o processo de investigação. Na segunda parte, apresentamos e refletimos acerca dos resultados referentes ao perfil e às necessidades em saúde das mulheres, sujeitos da pesquisa. Já na terceira, os resultados referentes ao trabalho e à instrumentalidade da Assistente Social no cuidado com mulheres em situação de vulnerabilidade social, no campo da Atenção Básica do SUS, são discutidos, tendo como base as referências teóricas

que subsidiaram esta investigação. Por fim, as considerações finais apresentam os achados da pesquisa de forma sintetizada e conforme os objetivos elaborados.

2. Metodologia

A pesquisa⁸ intitulada “O trabalho do Assistente Social com mulheres em situação de vulnerabilidade social na Atenção Básica” é de caráter qualitativo, descritivo e documental, e procurou responder à seguinte questão central: de que maneira o trabalho da Assistente Social vem contribuindo com a atenção à saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade social no âmbito da Atenção Básica em Saúde? Como desdobramento e alinhadas aos objetivos específicos, procuramos responder as questões norteadoras: 1) Qual o perfil de mulheres em situação de vulnerabilidade social atendidas pelo Serviço Social da UBS? 2) Quais são as necessidades em saúde, identificadas pelo Serviço Social, de mulheres em situação de vulnerabilidade social? 3) O que faz parte da instrumentalidade da Assistente Social no trabalho com mulheres em situação de vulnerabilidade social em uma Unidade de Saúde?

Como principais documentos de análises, destacamos os prontuários eletrônicos das usuárias, formulários de atendimento do Serviço Social, além de estudos e relatórios sociais elaborados pela equipe de assistentes sociais da UBS. Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos de forma não-aleatória e intencional (Gil, 2012), tendo como critérios de inclusão: 48 mulheres que foram atendidas pelo Serviço Social, no período de março de 2017 a fevereiro de 2018 na UBS; em situação de vulnerabilidade social, expostas aos riscos sociais de: violência e/ou abuso de álcool e outras drogas. E os critérios de exclusão foram: mulheres em situação de vulnerabilidade social, que não pertencem ao território de abrangência, não cadastradas na UBS e menores de 18 anos. Entretanto foram escolhidas intencionalmente 10 mulheres das 48 atendidas pelo Serviço Social, por apresentarem maior quantidade e qualidade de informações registradas nos documentos de análise. Neste processo de investigação foi fundamental a revisão de literatura realizada, antes da etapa de coleta de dados, que permitiu a elaboração de fichas de leituras com referenciais teóricos relativos aos seguintes temas: Sistema Único de Saúde, Atenção Básica em Saúde, Trabalho, Assistente Social no SUS, Saúde da Mulher, Necessidades em Saúde, Violência e Vulnerabilidade Social.

⁸ A pesquisa teve aprovação pela Plataforma Brasil, sob o nº CAAE 81811417.6.0000.5327, em fevereiro de 2018, e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em agosto de 2018.

Para a coleta de dados por meio da pesquisa nos documentos já citados, foi utilizada como instrumento a plataforma do *GoogleForms*, constituindo-se de 42 questões abertas e fechadas, referentes às seguintes informações: Porta de entrada para o atendimento do Serviço Social; Idade; Raça/cor; Naturalidade; Profissão/ocupação; Situação trabalhista e previdenciária; Estado civil; Grau de instrução; Desempregada ou dona de casa; Se deseja trabalhar fora; Renda Familiar (SM); Com quem reside; Se tem filhos e quantidade; Problemas de saúde; Serviços de saúde que utiliza; Rede de apoio nos cuidados voltados à saúde e no enfrentamento de problemas; Se vive ou já viveu em situação de violência (qual tipo, quem é o agressor); Se faz ou já fez uso de drogas (quais, frequência); Se teve prejuízos relacionados ao abuso de drogas (quem identificou); Quais as demandas (queixas/procura do atendimento); Avaliação da demanda e objetivos do Serviço Social; Modalidade de atendimento realizado; Periodicidade dos atendimentos; Como se deu o trabalho da Assistente Social; Se o cuidado foi compartilhado na Equipe (com qual profissão); Encaminhamentos; Se o trabalho foi avaliado e se os objetivos do atendimento foram modificados ao longo do acompanhamento (e quais modificações foram realizadas); Quais resultados foram alcançados e se aqueles que não foram estão sendo monitorados.

Este instrumento de coleta de dados no *GoogleForms* possibilitou a análise quantitativa e qualitativa de 10 prontuários eletrônicos, 9 formulários de atendimento do Serviço Social (que é composto de informações referentes a: dados de identificação, composição familiar, situação habitacional, contexto familiar, situação atual de saúde e rede social, aspectos intersetoriais e assistenciais, organização e planejamento das ações e avaliação do acompanhamento) e 8 estudos e relatórios sociais. Portanto, totalizando 28 documentos institucionais analisados e 42 informações coletadas de cada sujeito da pesquisa. Além da análise quantitativa com dados percentuais, se realizou a análise qualitativa através da análise de conteúdo (Bardin, 2016) nas informações coletadas pelo instrumento elaborado. O quadro 01 apresenta a relação das categorias iniciais com as questões norteadoras da investigação, assim como aquelas que emergiram do processo de análise e que se constituem nos resultados deste estudo.

Quadro 01: Questões norteadoras, categorias iniciais e emergentes da investigação

| Questão Norteadora | Categoria Inicial | Categorias emergentes |
|--|--|---|
| 1) Qual o perfil de mulheres em situação de vulnerabilidade social atendidas pelo Serviço Social da UBS Santa Cecília? | Mulheres em situação de vulnerabilidade social | Mulheres negras; Precarização do trabalho das mulheres; Baixa escolaridade; Maternidade. |

| | | |
|--|--|---|
| 2) Quais são as necessidades em saúde identificadas pelo Serviço Social de mulheres em situação de vulnerabilidade social? | Necessidades em Saúde | Atenção em saúde mental, infecções crônicas e doenças sexualmente transmissíveis (IST); Rede de apoio para o cuidado voltado à saúde e para enfrentamento de problemas; Violência contra a mulher; Uso de substâncias psicoativas; Prejuízo nas relações familiares a partir do abuso de substâncias psicoativas. |
| 3) O que faz parte da instrumentalidade da Assistente Social no trabalho com mulheres em situação de vulnerabilidade social em uma Unidade de Saúde? | Instrumentalidade da Assistente Social | Trabalho interprofissional; Planejamento do processo de trabalho; Análise das demandas; Educação em Saúde; Trabalho intersetorial; Mediação para o acesso a direitos sociais; Avaliação do processo interventivo. |

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Assim sendo, foi possível analisar o perfil e as necessidades em saúde das mulheres, sujeitos da pesquisa, e identificar a instrumentalidade utilizada pela Assistente Social no trabalho com esse público, em uma unidade de saúde do SUS, o que buscamos tratar ao longo deste artigo.

3. As mulheres em situação de vulnerabilidade social: usuárias da Atenção Básica em Saúde

Vulnerabilidade social está relacionada diretamente, pelo menos, a um risco social, incluindo a ideia de estar mais suscetível a que algo aconteça. Nesta investigação as situações de vulnerabilidades sociais vivenciadas por mulheres usuárias de uma UBS são analisadas e revelam o quanto suas necessidades em saúde demandam um conjunto de iniciativas de atenção e, neste estudo, das Assistentes Sociais. Inicialmente é importante compreender que as manifestações dos riscos ocorrem no cotidiano das pessoas, nos territórios onde vivem essas mulheres, sendo o precário acesso à infraestrutura um dos fatores de risco e/ou agravos de situações de vulnerabilidade social. Ou seja, os riscos se relacionam diretamente com a vida e o modo de viver, que são determinados pelas condições sociais em que vivem, fazendo-se necessário considerar como altos fatores de risco as questões relacionadas à etnia, gênero, religião e orientação sexual (Sposati, 2009). Portanto, estar em situação de vulnerabilidade significa estar sujeitado por algumas vivências e capacidades que já estão postas

pela sociedade capitalista. Sabe-se que mulheres fazem parte de uma das populações mais vulnerabilizadas na nossa sociedade, vivenciando diariamente violações de direitos civis, sociais e humanos.

As 10 mulheres, sujeitos da pesquisa, apresentam um perfil de mulheres predominantemente na fase adulta, sendo que 80% estão na fase adulta (de 20 a 50 anos) e 20% idosas (72 e 88 anos). São mulheres negras, sendo que 60% se autodeclararam “pretas” e 40% “brancas” ao fazer os cadastros na Unidade de Saúde, através do sistema nacional E-SUS (Brasil, 2013). Sobre o acesso a emprego, 20% se encontra desempregada; as 80% que trabalham apresentam uma precarização do trabalho, tendo em vista que se destacam os trabalhos em supermercados e em reciclagem. As mulheres que trabalham em supermercado possuem carteira de trabalho e as que trabalham com reciclagem são autônomas e não contribuem para a Previdência Social, ou seja, sem nenhuma proteção em caso de necessidade de afastamento e sem contribuição para fins de aposentadoria. Além das que trabalham em supermercado e reciclagem, há mulheres que laboram com vendas, trabalho doméstico, costura ou são donas de casa. Das mulheres que não estão no mercado de trabalho formal 40% gostaria de se inserir.

Sobre o acesso à educação, o nível é de baixa escolaridade, pois 70% possui ensino fundamental incompleto, 20% ensino fundamental completo e 10% ensino superior incompleto, o que demonstra uma grande evasão escolar ainda no período da infância. Essas mulheres são todas mães, de 3 ou mais filhos (40%), de apenas 1 filho (40%) ou em menor proporção de 2 filhos (20%). A renda familiar varia de menos de 1 salário mínimo até 4 salários mínimos. Esse perfil de mulheres se relaciona diretamente com os dados apresentados no Mapa da Violência - Homicídio de Mulheres no Brasil, do ano de 2015, onde a população negra é vítima prioritária da violência homicida no país e por esse motivo, nos últimos anos, o índice de vitimização da população negra cresceu de forma drástica (Waiselfisz, 2015). Além disso, apresenta que o homicídio feminino é predominante na fase adulta, na faixa de 18 a 30 anos de idade.

Conhecer o perfil e identificar os riscos sociais que condicionam as pessoas a se encontrarem em situações de vulnerabilidade social é de extrema relevância para os serviços, principalmente da Atenção Básica em Saúde, por se localizar no território onde os sujeitos vivem. Sposati defende que é necessário eliminar a vulnerabilidade, substituindo-a por força/resistência, bem como eliminar os fatores de risco. (2009, p. 34). Nesse sentido, as vulnerabilidades sociais, no setor da saúde, estão diretamente relacionadas aos condicionantes e determinantes implicados no processo saúde-doença e que estão relacionados com a estrutura da sociedade capitalista e das sequelas da desigualdade social brasileira. Por isto, o atendimento dessas demandas deve-se dar por meio de um Plano Terapêutico

Singular (PTS) -algo peculiar ao trabalho na atenção básica em saúde - que articule a proteção social, reduza danos e trabalhe com as potencialidades dos sujeitos a partir da educação em saúde. Mas, para planejar este cuidado singular é imprescindível conhecer as necessidades das mulheres que são usuárias dos serviços de saúde.

É preciso reconhecer que há uma tendência histórica do acesso aos serviços de saúde majoritariamente ser pela população do sexo feminino. Aponta-se a saúde da mulher como uma das áreas temáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), refletindo na organização das ações e dos serviços (Camargo; Mendes, p. 298, 2012). O protocolo da Atenção Básica em Saúde das Mulheres (Brasil, 2016) orienta quanto a: atenção no pré-natal de baixo risco, puerpério e promoção do aleitamento materno, planejamento reprodutivo, prevenção do câncer de colo do útero e do câncer de mama, atenção no climatério e atenção à situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar. Apresenta-se como desafio enxergar as necessidades de saúde das mulheres para além das questões reprodutivas e individuais.

As mulheres, sujeitos desta pesquisa, demonstraram fazer acompanhamento em Unidade Básica de Saúde para as suas necessidades em saúde mental, doenças crônicas e infecções sexualmente transmissíveis (IST), como por exemplo: Depressão, Hipertensão, HIV/AIDS, Transtorno de Humor Bipolar (THB), além do abuso de substâncias psicoativas, que é critério de inclusão da pesquisa. É possível analisar a predominância da condição crônica que abarca uma categoria extremamente vasta de agravos, doenças transmissíveis, não transmissíveis e incapacidades. Estas requerem a continuidade do cuidado para o enfrentamento, pois constituem problemas de saúde que exigem um gerenciamento contínuo por um longo período (CONASS, 2009). Além disso, esses agravos se relacionam com a violência e causas externas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015, p. VIII):

a violência contribui para problemas de saúde ao longo da vida – principalmente para mulheres e crianças – e para morte prematura. Muitas das principais causas de morte – como doenças cardíacas, acidentes vasculares, câncer e HIV/Aids – decorrem de comportamentos como tabagismo, consumo inadequado de álcool e drogas, e sexo inseguro, que as vítimas adotam em um esforço para lidar com o impacto psicológico da violência.

Isto reflete a vulnerabilidade social em que essas mulheres se encontram, que também se reflete nos seus corpos. Nesse sentido, é preciso identificar as redes de apoio e de cuidado à saúde existentes. Analisou-se que 80% das mulheres só acessa a UBS e 20% acessam serviços especializados, como por exemplo: SAE - Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS. Ou seja, a Unidade de Saúde

pode ser considerada como referência no cuidado à saúde dessas mulheres. Isto reflete o desafio posto às equipes de Atenção Básica em Saúde em garantir a coordenação do cuidado e pela complexidade das demandas que chegam às Unidades de Saúde. Contraditoriamente, é sabido que a ABS, por muitos governos, é o setor da saúde que menos recebe recursos financeiros e incentivos.

No aprofundamento sobre a rede de apoio dessas mulheres, foi possível identificar que 70% possuem auxílio de familiares para o enfrentamento de problemas e nos cuidados voltados à saúde, como por exemplo, de filhas, companheiros e amigos. Porém, ao mesmo tempo em que as mulheres possuem seus companheiros como rede de apoio, muitas vezes, eles são também os seus agressores. Especificamente relacionado a isso, identificou-se que 90% vive ou já viveu em uma situação de violência. Destaca-se a violência emocional ou psicológica em 50% dos casos, causada em 10% por empregadores (sem distinção do sexo) e em 90% por agressores homens, sendo estes: 30% companheiros, 20% filhos, 20% pais e 20% irmãos. Em menor proporção, as agressoras mulheres: 20% são mães e 10% são filhas. Os dados dos agressores ultrapassaram 100% porque algumas mulheres sofreram violência por mais de um familiar ao longo da vida. A violência de gênero é entendida como uma relação de poder, da dominação do homem pela submissão da mulher. Esses comportamentos fazem parte de um processo sociocultural e civilizatório, através da diferenciação da educação para homens e para mulheres, o que acaba por induzir e fortalecer estereótipos (Lisboa, 2005).

A partir da violência de gênero, ocorre a violência doméstica ou violência intrafamiliar, que segundo Minayo (2009, p. 34-35) se refere ao mesmo problema e dizem respeito aos conflitos familiares transformados em “intolerância, abusos e opressão”. E a violência de natureza psicológica “nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. Indica também a rejeição de pessoas, na inter-relação” (2009, p. 39). Sabe-se que a violência praticada por parceiro íntimo é um importante fator de risco para HIV, gravidez indesejada e outros problemas de saúde. Essas mulheres têm uma probabilidade duas vezes maior de apresentar distúrbios relacionados à ingestão de álcool, de ter depressão e maior risco de suicídio comparado a mulheres que não foram expostas a esse tipo de violência (OMS, 2012).

Além disso, a violência praticada por parceiro íntimo pode afetar negativamente o desenvolvimento de crianças (OMS, 2015), sendo a violência diretamente associada aos determinantes sociais, como insuficiência e ineficácia dos governos, do estado de direito, normas culturais e sociais, desemprego, desigualdade de renda e de gênero, rápidas mudanças sociais e poucas oportunidades no

âmbito da educação (OMS, 2015). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015), há fatores transversais de risco, como acesso a armas de fogo e consumo excessivo de álcool. Portanto, é urgente o estabelecimento de estratégias de prevenção à violência para diminuir esses riscos ou para a prevenção dos mesmos. Portanto, o trabalho de prevenção da violência tem que passar pela desconstrução de crenças e culturas discriminatórias, que reproduzem as relações de poder, no que se refere à educação de homens e mulheres e sobre a maneira de se relacionarem.

O uso de substâncias psicoativas foi identificado em 40% das mulheres, sendo que, de 4 mulheres, 3 utilizavam/utilizam álcool. Apenas em uma das mulheres havia o registro sobre a frequência e quantidade utilizadas, sendo esta informação importante para o cuidado de pessoas que fazem abuso de álcool e outras drogas. Essas mulheres apresentam prejuízos, principalmente nas relações familiares, pelo uso de substâncias. Estes prejuízos foram identificados tanto pelas próprias mulheres quanto pela equipe da UBS. Em relação a este problema de saúde, deve-se cuidar para que a abstinência não seja o único objetivo da atenção prestada pelos profissionais de saúde. Afinal, o plano terapêutico deve estar atrelado às singularidades de cada sujeito e com as diferentes possibilidades, demandas e escolhas. Além disso, se faz necessário uma prática acolhedora e que incentive a autonomia e participação dos usuários (Brasil, 2003), principalmente no que se refere ao uso de substâncias psicoativas, que é visto socialmente como algo marginalizado e discriminado pela população em geral, se potencializando quando os sujeitos são mulheres e mães, o que pode dificultar o acesso ao tratamento.

As mulheres, segmento populacional significativo como sujeitos de direitos e usuárias das Unidades de Saúde, dão visibilidade à desproteção social a que a população está submetida, que se materializa no cenário atual de ameaças constantes aos direitos sociais já conquistados. Nesse sentido, Merhy (2006, p. 282) afirma que:

por isso, advogamos que nas sociedades de direito à saúde, como é a brasileira, de acordo com sua constituição de 1988, o ‘trabalho em saúde’ deve pautar-se pelo ‘referente simbólico’: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado.

Devido a esta complexidade, não há trabalhador da saúde sozinho ou através de uma área do conhecimento apenas que consiga dar conta do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’ (Merhy, 2006). Essas necessidades podem ser classificadas, segundo Cecílio (2001), em quatro conjuntos: 1) boas condições de vida; 2) acesso às grandes tecnologias que

melhoram ou prolongam a vida; 3) criação de vínculos afetivos entre usuários e profissional/equipe de saúde; 4) graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida; que auxiliam a compreender os fatores determinantes e condicionantes implicados no processo saúde-doença.

4. O trabalho da Assistente Social no contexto da Atenção Básica em Saúde: mediações possíveis e necessárias

O trabalho, de maneira genérica e abstrata, produz valor de uso na relação entre o ser, que é social, e a natureza. Paralelamente a essa relação homem-natureza, se desenvolvem inter-relações entre outros seres sociais. Especificamente no setor da saúde, se refere a um trabalho improdutivo, segundo Antunes (1999, p. 102):

cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, seja para o uso público ou para o capitalista, e que não se constituem como elemento diretamente produtivo, como elemento vivo do processo de valorização do capital e de criação de mais-valia. São aqueles que, segundo Marx, o trabalho é consumido como valor de uso e não como trabalho que cria valor de troca.

Importante reafirmar que o Serviço Social é uma profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, portanto trata-se de um trabalho especializado e coletivo. Ao longo de sua trajetória, o Serviço Social se renovou e se redimensionou e possui um projeto profissional sustentado nas suas diretrizes curriculares⁹ que orientam a formação dos/as assistentes sociais, na Lei 8662/93, que trata da regulamentação da profissão, suas competências e atribuições e no código de ética profissional de 1993¹⁰. É uma profissão que tem como referência a teoria marxista e, portanto, o seu significado social se expressa pela demanda de atuar nas desigualdades sociais e econômicas. A atuação profissional ocorre, prioritariamente, nas políticas sociais e setores públicos do Estado, incluindo a política de saúde. Entretanto, a atuação desses profissionais se dá em diferentes espaços ocupacionais, abrangendo os setores privados, assim como as organizações da sociedade civil de iniciativa privada e sem fins lucrativos.

Nesse sentido, o trabalho da assistente social, utilizado como serviço para uso público, necessita de uma instrumentalidade para o cuidado em saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade social. A UBS investigada tem como área de abrangência 40.000 pessoas sendo 28.000

⁹ Sobre as diretrizes curriculares sugerimos ver em: <http://www.abepss.org.br/diretrizes-curriculares-da-abepss-10>.

¹⁰ Para acesso ao Código de Ética do/a Assistente Social sugerimos ver em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.

¹¹ cadastradas no serviço. A Unidade segue um modelo misto, sendo composta de quatro áreas divididas entre ESF e UBS, respectivamente 4 equipes (1 equipe não cadastrada). Conta com uma equipe ampla, multidisciplinar (Enfermagem, Medicina, Agente Comunitário de Saúde, Serviço Social, Nutrição e Farmácia) e é campo formativo para diversos profissionais de saúde.

As demandas para o Serviço Social de uma UBS, que são requisições de conhecimentos técnicos específicos, foram identificadas como 70% advindas da equipe da própria UBS, 20% demanda espontânea e 20% de escolas. Este cálculo ultrapassou os 100% por existirem demandas que foram concomitantes por diferentes portas de entrada. Essas demandas foram relacionadas a suspeitas de violência e para orientações de acesso a direitos sociais, como por exemplo: suspeitas de violência intrafamiliar por falta de cuidados e de higiene; organização de espaços comunitários por questões epidemiológicas (como histórico de surto de dengue), acesso a tratamento de saúde e acesso à alimentação. Essas demandas demonstram a importância do trabalho da Assistente Social na política de Atenção Básica em Saúde e a afirmação das particularidades de cada profissão, tendo em vista que:

o assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde, determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho (CFESS, p. 47, 2010).

Portanto, ao chegar uma demanda para a assistente social, se faz necessária uma avaliação, a partir da aproximação da realidade e das particularidades de cada caso, a fim de identificar se isso se configura como uma requisição técnica específica ou não. Além disso, é necessário o compartilhamento do cuidado com a equipe que identificou a necessidade, evitando que haja fragmentação do cuidado ofertado.

Isto nos faz refletir sobre o trabalho da Assistente Social na política de saúde que se refere ao reconhecimento e análise das diferentes expressões e manifestações da Questão Social, entendida como: o conjunto das manifestações das desigualdades sociais da sociedade capitalista e as formas de resistência da classe trabalhadora nas lutas por acesso a bens, direitos e serviços (Iamamoto, 2012). Segundo o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2010), o reconhecimento da Questão Social como objeto de trabalho da Assistente Social exige que a atuação profissional tenha como premissa

¹¹ Dados referente ao ano de 2017.

uma perspectiva totalizante, que se baseia na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

Essas determinações se expressam na vida dos sujeitos e são trazidas pelos usuários dos serviços, sendo o Estado responsável em intervir. Por isso, se faz necessário desvendar a realidade concreta das situações que se apresentam como demandas no trabalho, o que pressupõe o conhecimento das múltiplas determinações da questão social. Isto posto, é preciso considerar que, na imediaticidade do real, essas expressões da questão social vivenciadas pelos sujeitos e usuários/os do SUS, por exemplo, mostram-se como singularidades, exigindo o movimento de aproximações sucessivas, de mediações, para a compreensão das particularidades (Netto, 2011).

É possível identificar que, além das análises das demandas, há um planejamento da intervenção pela Assistente Social que perpassa na elaboração de objetivos, como por exemplo de: contribuir no processo reflexivo/pedagógico e no acesso a direitos sociais, articular e fortalecer espaços coletivos, aumentar a rede de apoio e de cuidado, elaborar estratégias para o enfrentamento de situações de risco, contribuir para o fortalecimento dos vínculos familiares. Portanto, é possível analisar que há um processo pedagógico de socialização de informações e de educação em saúde. Segundo Sposati (2009), desenvolver conhecimentos, dados, metodologias e planejamento de intervenções sobre os riscos e vulnerabilidades sociais é fundamentalmente prevenção e promoção de saúde. Para essas mediações realizadas a partir da intervenção profissional serem qualificadas, deve-se compreender a importância do planejamento, enquanto movimento de reflexão-decisão-ação-reflexão (Baptista, 2000). Para isto, é preciso planejar a partir das dimensões que balizam o fazer profissional, também ancorado nos princípios do Projeto Ético-Político (PEP) profissional que propõe a perspectiva totalizante (CFESS, 2010).

É possível identificar, ainda, que as intervenções foram feitas através de um trabalho interprofissional com a equipe da UBS e intersetorial com as demais políticas sociais, pois em 90% os casos foram discutidos em reunião de rede intersetorial (Assistência Social, saúde, Educação e Conselho Tutelar) do território onde se localiza a UBS e 80% através de discussão em reunião de equipe na UBS. Especificamente com a equipe da UBS, o compartilhamento do cuidado se deu, em 90%, com a medicina de família e comunidade, em 50%, com os agentes comunitários de saúde e, em 30%, com a nutrição. Para tanto, se faz necessário o avanço no que diz respeito ao investimento nas tecnologias ofertadas em uma Unidade de Saúde, para concretizar ações de promoção, proteção e prevenção. Uma estratégia para isto são os serviços se constituírem com equipes ampliadas e multiprofissionais, para além do que está previsto na legislação atual. Afinal, dessa maneira, o trabalho

fica fragmentado. Na defesa da saúde, enquanto direito social e responsabilidade do Estado, entende-se que o modelo de atenção que orienta as ações da equipe multidisciplinar deve direcionar-se “à efetivação de práticas democráticas, coletivas e de controle social, interdisciplinares, com vistas à integralidade e à intersetorialidade” (Camargo; Mendes, 2012, p. 291).

Além das discussões dos casos em equipe e em reunião de rede, é possível identificar que a complexidade das necessidades dessas mulheres exige uma articulação com outras políticas, tendo em vista que encaminhamentos foram feitos para serviços da política de Assistência Social - como por exemplo, CRAS e CREAS - Ministério Público, Judiciário, Conselho Tutelar e serviços da política da Educação, como escolas. Para Peduzzi (2017) o trabalho em equipe avançou no cotidiano dos serviços, principalmente na ABS, mais do que na própria formação dos profissionais da saúde. Defende que isso decorre da mobilização que as demandas dos usuários, famílias e comunidade provocam nos serviços de saúde em busca de respostas amplas e efetivas às necessidades reconhecidas em diálogo com a população. Isto se refere a interprofissionalidade, conceituada por Ceccim (p. 50, 2017) como:

uma condição principalmente de práticas colaborativas, o que inclui tudo aquilo que pertence ao campo – e que os núcleos cooperam em sua composição –, como tudo aquilo que podemos desenvolver como “núcleo comum” ou tudo aquilo que podemos realizar mediante apoio ou que não temos autonomia, exceto como membros de uma equipe.

Foi possível identificar que a Assistente Social nesta UBS realiza monitoramento e avaliação periódica do trabalho realizado, a fim de realizar mudança no planejamento do acompanhamento em saúde. Afinal trata-se de uma profissão comprometida com a defesa intransigente dos direitos humanos e, assim sendo, toda a avaliação de políticas sociais, e neste caso na saúde, “deve ser orientada pela intencionalidade de apontar em que medida as políticas e programas sociais são capazes e estão conseguindo expandir direitos, reduzir a desigualdade social e propiciar a equidade” (Boschetti, 2009, p.578). Por isto, a intencionalidade no atendimento às usuárias, por parte das Assistentes Sociais que atuam na saúde, é condição para que as necessidades sociais identificadas sejam de alguma maneira atendidas, incidindo na melhoria da saúde, neste caso, das mulheres deste estudo. Analisou-se que 90% dos acompanhamentos foram avaliados em relação aos objetivos e resultados alcançados. Os objetivos não foram modificados em 70% dos casos avaliados e em 30% houve mudanças. Sendo elas: por demanda da usuária de trocar de emprego para melhorar a renda, esclarecer o não acesso ao benefício eventual que já havia sido encaminhado e o acesso ao auxílio assistencial no CRAS. Todo processo

avaliativo se constitui em mecanismos de extrema valia, principalmente por se destinar ao julgamento dos procedimentos e resultados adquiridos, a fim de indicar mudanças que sejam necessárias nos planos e na sua execução (Fagundes; Moura, 2009).

Os resultados alcançados no cuidado com mulheres em situação de vulnerabilidade social, a partir das mediações no trabalho concreto dos Assistentes Sociais, podem ser visualizados no quadro 02:

Quadro 02: Resultados alcançados no cuidado com mulheres em situação de vulnerabilidade social

| Sujeito de pesquisa | Resultado do acompanhamento em saúde |
|----------------------------|--|
| Mulher 1 | Desligamento do abrigo de família, acesso a trabalho e renda. |
| Mulher 2 | Identificação de violência contra mulher idosa: após tentativas de trabalho com a família, realizou-se encaminhamento para o Ministério Público e, após, a família conseguiu se reorganizar e concretizar as orientações fornecidas para o cuidado. |
| Mulher 3 | Acesso a benefício social, maior consciência e autocontrole no uso de substâncias psicoativas, maior procura pelo atendimento da UBS, visita ao serviço ambulatorial de álcool e outras drogas da UAA e processo reflexivo sobre situações de violência. |
| Mulher 4 | No espaço de grupo compartilha e demonstra processos reflexivos sobre situações de violência étnico-raciais, compartilhando estratégias de enfrentamento. |
| Mulher 5 | Ela teve melhora dos sintomas de humor após demissão pela empresa, em comum acordo. Está mais satisfeita no novo trabalho. |
| Mulher 6 | Demonstra maior reflexão sobre situação vivenciada, porém demonstra sentimentos de culpabilização e por vezes de negação. Está aderida ao acompanhamento no Centro de Referência à Vítimas de Violência (CRVV), após intervenção do Ministério Público. |
| Mulher 7 | Melhora nos sintomas de sofrimento e de comportamento das crianças no ambiente domiciliar e escolar, melhora no autocuidado da paciente (maior autoestima, aumento da rede de apoio, busca por religiosidade, controle no uso de álcool e melhora da relação de casal) e adesão ao tratamento de saúde por parte do pai (controle no uso de álcool). |
| Mulher 8 | Os resultados não foram plenamente alcançados, pois a paciente ainda se encontra com dificuldade em aderir ao tratamento de saúde mental e, por vezes, se encontra desorganizada. |
| Mulher 9 | Maior fortalecimento de vínculo com a UBS e acompanhamento semanal com psicóloga. |
| Mulher 10 | O acompanhamento possibilitou que a paciente pensasse em novas estratégias de relacionamento e cuidado com a família, resultando em novas estratégias de autocuidado. |

Fonte: elaborado pela autora, 2018.

Portanto, é possível verificar que o trabalho da Assistente Social em espaço de formação e em equipe de ESF, no acompanhamento de mulheres em situação de vulnerabilidade social, contribui a partir de mediações para o acesso a direitos sociais, para o fortalecimento de vínculos e contribuição de estratégias para o enfrentamento das situações impostas pela condição de vulnerabilização.

5. Considerações finais

O propósito deste artigo não esgota a discussão acerca da importância do trabalho da Assistente Social na política da Atenção Básica em Saúde, especificamente no trabalho com mulheres em situação de vulnerabilidade social - vítimas de violência e/ou usuárias de substâncias psicoativas. Para além disto, a ideia foi apresentar informações e reflexões a partir de resultados de pesquisa documental realizada em uma Unidade de Saúde do Sul do Brasil e que reafirmam a importância do trabalho destes profissionais na Atenção Básica. A pesquisa responde aos objetivos propostos de evidenciar as necessidades em saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade social e o trabalho realizado pela Assistente Social em uma UBS, visando à legitimação deste espaço profissional e para contribuir na qualificação dos serviços prestados pelo SUS.

Analisamos que o perfil é de mulheres negras, mães, com precarização do trabalho e baixa escolaridade. As necessidades em saúde se referem à atenção em saúde mental, doenças crônicas e infecções sexualmente transmissíveis (IST), rede de apoio para o cuidado voltado à saúde e para enfrentamento de problemas. Além disso, são vítimas de violência doméstica/intrafamiliar e uso de substâncias psicoativas, com prejuízo nas relações familiares. Em relação ao trabalho da Assistente Social com esse público é realizado a partir de um labor interprofissional e intersetorial, com planejamento do processo de trabalho, análise das demandas, com educação em saúde, mediação para o acesso aos direitos sociais e avaliação do processo interventivo.

Portanto, o trabalho com mulheres em situação de vulnerabilidade social necessita ser realizado de forma interprofissional e intersetorial e a partir de um planejamento do processo em que a profissional Assistente Social está inserido. As mulheres em situação de vulnerabilidade social, assim como outros que usufruem dos serviços da saúde, representam um segmento populacional que exige atenção, respeito e qualificação dos profissionais e dos serviços ofertados, para intervir nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Além disso, se faz necessária a ampliação de políticas e programas para o atendimento a mulheres vítimas de violência e usuárias de substâncias

psicoativas, pois este recorte muitas vezes é excluído de diferentes formas pelos ideais conservadores e patriarcais da nossa sociedade.

Com relação à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, é fundamental ampliarmos a discussão sobre a relevância do trabalho da Assistente Social na atenção básica, socializando cada vez mais os resultados alcançados em defesa dos direitos à saúde, da população usuária do SUS, que são cotidianamente mediados pela intervenção deste profissional, nos coletivos em que se inserem. Isto nos faz refletir, também, sobre a relevância de se alcançar um Sistema Único de Saúde que qualifique os atendimentos, as equipes de Estratégia Saúde da Família e os recursos necessários para a política de Atenção Básica em Saúde. Afinal, é a política que deve realizar ações no território a partir da educação em saúde, redução de danos, promoção e prevenção de agravos.

Referências:

ANTUNES, Ricardo. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

BAPTISTA, Myrian Veras. Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras Editora, 2000.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. IN: CFESS, Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.575-592.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol--tica-do-Minist--rio-da-Sa--de-p-ara-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Básica. Brasília; 2017. In: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 6 de dezembro de 2017.

BRASIL, Portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 26 de outubro de 2018.

BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

BARROCO, Maria Lúcia. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. Serviço Social & Sociedade, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000400623. Acesso em: 11 de janeiro de 2019.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 197-217.

CAMARGO, Marisa. MENDES, Jussara Maria Rosa. Implicações do Atual Processo de Gestão e Organização do Trabalho na Atenção em Saúde: O cotidiano da Equipe Multidisciplinar de uma Unidade Básica. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba / Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.). - Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Interprofissionalidade e Experiências de aprendizagem: Inovações no cenário brasileiro. In: *Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos? TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.*

CECÍLIO, L.C. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CONASS. Seminário sobre modelo de Atenção à saúde no SUS. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_19.pdf. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010.

FAGUNDES, H. & MOURA, A. B. Avaliação de programas e políticas públicas. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 8 n.1 p. 89-103. jan./jun. 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3215/321527164006/>. Acesso em: 26 de outubro de 2018.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. Cad. Saúde Pública, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional. Editora Cortez: São Paulo. 23. ed. 2012.

LISBOA, T.K.; PINHEIRO, E.P. A Intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. Katálysis. V.8 n.2 jl./dez. 2005. Florianópolis SC 1999-210.

MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio organizador. Dicionário da educação profissional em saúde./ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de trabalho observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPJV; 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Sousa ER, organizadores. Curso impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2007. p. 24-35.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do Método de Marx. – 1. Ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2011.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. In: Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Organização Mundial da Saúde, 2012. p. 11-17. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf;jsessionid=1B4D471D1D629055B46E90EEBF44BB52?sequence=3. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) São Paulo: 2015.

PEDUZZI, Marina. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em Saúde. In: *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: _____. Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS/Unesco, 2009. p. 13-56.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2015 - Homicídio de Mulheres no Brasil. Brasília: Flacso Brasil, 2015.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de conclusão de curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), do programa de Atenção Básica em Saúde dialoga com a discussão do processo de ensino-aprendizagem no campo da saúde. Este se refere a um processo, para além da realização da pesquisa apresentada, de extrema relevância para a qualificação dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. Assim como, para a instrumentalização do profissional da saúde e, principalmente, da assistente social. Tendo em vista, a urgência da defesa, qualificação e ampliação do SUS no que se refere ao atendimento universal, gratuito e de responsabilidade do Estado. Então, é fundamental construirmos estratégias diante de tantos cortes orçamentários e ameaças que sempre permearam a política de saúde brasileira, que particularmente do ano de 2016 para cá tem se materializado por iniciativas comandadas pelos ideários capitalistas.

O processo de ensino-aprendizagem se constitui para além do conhecimento organizacional da instituição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, perpassa principalmente em uma constante disputa pela quebra de paradigmas e de práticas rígidas, até então naturalizadas por instituições hospitalares. Isso ocorre na relação dialética entre teoria e prática, que se realiza na troca de conhecimentos com os usuários do serviço, nos atendimentos realizados e na troca com profissionais de outras áreas de conhecimento. Nesse sentido, a RIMS possibilita e oferta condições concretas para a realização de práticas integradoras, interdisciplinares e humanizadas.

Especificamente no que refere a pesquisa realizada “O trabalho do assistente social com mulheres em situação de vulnerabilidade social na Atenção Básica” respondeu aos seus objetivos ao investigar o perfil de mulheres em situação de vulnerabilidade social, suas necessidades em saúde e a instrumentalidade da assistente social, contribuindo para a discussão do campo de trabalho ofertado a este profissional na política de saúde e para qualificação dos serviços do SUS. Se faz necessário a garantia desta categoria profissional no campo da Atenção Básica em Saúde, porque apresenta demandas complexas vivenciada pelos sujeitos, em um contexto desigual e contraditório ditado pelo capital. Sendo o trabalho realizado de forma interprofissional e intersetorial com mulheres em situação de vulnerabilidade social de extrema importância em um contexto societário de práticas violentas, excludentes e discriminatórias.

Estas práticas são resultantes da desigualdade social em que vivemos, sendo este um dos principais desafios para a assistente social no campo da saúde: a tradução das expressões sociais. Isto é relevante para concretizar o cuidado integral, por meio da problematização e reflexão coletiva destas situações que demandam a atenção em saúde. Acredita-se que esse diálogo e relação interprofissional se dá prioritariamente no cotidiano de trabalho, nas discussões de equipe fomentando reflexões, ou seja, é na troca de conhecimento que se consegue atentar e refletir sobre conceitos naturalizados na sociedade. Neste caminho se faz possível a identificação de novas possibilidades para a qualificação dos serviços ofertados e para defesa do SUS enquanto direito social.

7. REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

BAPTISTA, Myrian Veras. Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras Editora, 2000.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEHRING, Elaine R. BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. IN: CFESS, Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.575-592.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol--tica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Básica. Brasília; 2017. In: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-4-36-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 6 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 26 de outubro de 2018.

BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 197-217.

BRAVO, M. I. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004
http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf

CAMARGO, Marisa. MENDES, Jussara Maria Rosa. Implicações do Atual Processo de Gestão e Organização do Trabalho na Atenção em Saúde: O cotidiano da Equipe Multidisciplinar de uma Unidade Básica. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba / Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.). - Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Interprofissionalidade e Experiências de aprendizagem: Inovações no cenário brasileiro. In: *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.).

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CONASS. Seminário sobre modelo de Atenção à saúde no SUS. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_19.pdf. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010.

COUTO, Berenice Rojas. PRATES, Jane Cruz. DORNELLES Aline E., BORTOLI, Mari A., MARTINELLI, Tiago. Proteção Social e Seguridade Social: A Constituição de Sistemas de Atendimento às Necessidades Sociais. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba / Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.). - Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

FAGUNDES, H. & MOURA, A. B. Avaliação de programas e políticas públicas. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 8 n.1 p. 89-103. jan./jun. 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3215/321527164006/>. Acesso em: 26 de outubro de 2018.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. Os Determinantes da dinâmica organizacional nos Serviços de Saúde: As narrativas dos Assistentes Sociais. In: Saúde & Trabalho: múltiplas perspectivas/ Jussara Maria Rosa Mendes et al. - São Paulo: Plêiade, 2011.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Edição. - São Paulo: Atlas, 2012.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. Cad. Saúde Pública, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional. Editora Cortez: São Paulo. 23. ed. 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 341-376.

LISBOA, T.K.; PINHEIRO, E.P. A Intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. Katálysis. V.8 n.2 jl./dez. 2005 Florianópolis SC 1999-210.

MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio organizador. Dicionário da educação profissional em saúde./ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de trabalho observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPJV; 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Sousa ER, organizadores. Curso impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2007. p. 24-35.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do Método de Marx. – 1. Ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2011.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. In: Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Organização Mundial da Saúde, 2012. p. 11-17. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf;jsessionid=1B4D471D1D629055B46E90EEBF44BB52?sequence=3. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) São Paulo: 2015.

PEDUZZI, Marina. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em Saúde. In: *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

PEREIRA, Potyara. Política Social: temas & questões. 2ª edição – São Paulo: Cortez, 2009.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p. 116 - 128, jan./jul. 2012.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: _____. Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS/Unesco, 2009. p. 13-56.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2015 - Homicídio de Mulheres no Brasil. Brasília: Flacso Brasil, 2015.

WÜNSCH, Dolores Sanches. MENDES, Jussara Maria Rosa. Processos de trabalho e a instrumentalização do trabalho profissional nas dimensões da competência profissional. In: CARLOS, Sérgio Antônio. LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Supervisão em Serviço Social: uma perspectiva de formação permanente. Porto Alegre: Prorext/UFRGS, 2014.

Apêndice A

Instrumento de Coleta de Dados e Informações

1 Identificação da população em estudo:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

1.2 Equipe de atendimento na UBS:

- 1
- 2
- 3
- 4

1.3 Porta de entrada para o atendimento do Serviço Social:

- Serviço da rede de saúde;
- Serviço da rede de assistência social;
- Serviço da previdência social;
- Equipe da UBS;
- Demanda espontânea
- Não informado nos documentos.

1.4 Documentos utilizados para a coleta de dados e informações:

- Prontuário eletrônico;
- Formulário de atendimento do Serviço Social;
- Estudo/Relatório/Laudo Social
- Ata de reunião
- Outros

PERFIL DAS MULHERES

1.5 Idade: _____

1.6 Raça/Cor: (opções ESUS)

- Branca;
- Preta;
- Parda;
- Amarela;
- Indígena;

1.7 Naturalidade: _____

1.8 Profissão /ocupação: _____

1.9 Situação trabalhista e previdenciária:(opções ESUS)

- Empregadora;
- Assalariada com carteira de trabalho;
- Assalariada sem carteira de trabalho;
- Autônoma com previdência social;
- Autônoma sem previdência social;
- Aposentada/Pensionista
- Desempregada
- Não trabalha
- Outro: _____

2 Estado Civil: (opções ESUS)

- Solteira
- Casada
- Separada
- Divorciada
- Viúva

2.1 Grau de Instrução:

- Analfabeta
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo

2.2 Se desempregada ou dona de casa, deseja trabalhar fora?

- Sim
- Não
- Não informado nos documentos
- Não se aplica

2.3 Renda Familiar (SM):

- Sem renda;
- Menos de 1 salário mínimo;
- 1 salário mínimo;
- 2 salários mínimos;
- 3 salários mínimos;
- Mais de 3 salários mínimos;
- Não informado nos documentos

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

2.4 Família com quem reside:

- Companheiro/a;
- Filho
- Sogro
- Sogra
- Irmão
- Irmã
- Pai
- Mãe

- Filha
- Outros: _____

2.5 Tem filhos?

- Sim;
- Não;
- Não informado nos documentos.

2.6 Se tem, quantos:

- 1
- 2
- 3 ou mais
- Não se aplica

SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE E REDE DE APOIO

2.7 Quais problemas de saúde foram identificados?

2.8 Utiliza outro serviço de saúde atualmente?

- Sim;
- Não;
- Não informado nos documentos.

2.9 Se utiliza, qual é o outro serviço?

- Serviço especializado em Saúde Mental;
- Ambulatório
- Hospital
- Não se aplica

3 Existem pessoas que auxiliam nos cuidados voltados à saúde?

- Sim;
- Não;
- Não informado nos documentos.

3.1 Se existem, quem são? _____

3.2 Recebe ajuda de amigos, vizinhos ou outras pessoas quando está enfrentando problemas?

- Sim;
- Não;
- Não informado nos documentos.

SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

3.3 Vive atualmente ou já viveu em situação de violência?

- Sim;
- Não;
- Não informado nos documentos.

3.4 Se sim quais são as classificações/tipos?

- Violência doméstica;
- Violência territorial/comunitária;
- Violência emocional/psicológica;

- Violência patrimonial;
- Violência Sexual;
- Assédio moral;
- Não se aplica
- Outra: _____

3.5 Se sim, quem é/foi o autor da violência?

- Companheiro;
- Companheira;
- Filho;
- Filha;
- Pai;
- Mãe;
- Não informado nos documentos.
- Não se aplica
- Outro. Quem? _____

3.6 Faz ou já fez abuso de drogas?

- Sim;
- Não;
- Não informado nos documentos.

3.7 Se sim, quais são/foram as drogas? _____

3.8 Se usa atualmente, qual é frequência (em dias) para cada substância? _____

3.9 Quais foram os prejuízos identificados relacionados ao abuso de drogas?

- Prejuízos sociais;
- Prejuízos familiares;
- Prejuízos no trabalho;
- Prejuízos clínicos;
- Prejuízos de saúde mental
- Não se aplica

4 Esses prejuízos foram identificados por quem?

- Pela usuária/paciente;
- Pela família;
- Pela equipe de saúde;
- Por amigos
- Não se aplica.

AVALIAÇÃO DO CASO PELO SERVIÇO SOCIAL

4.1 Quais foram as demandas (queixas/procura do atendimento)? _____

4.2 Demanda avaliada e objetivos do Serviço Social? _____

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

4.3 Modalidade de atendimentos realizados pelo Serviço Social:

- () Atendimento individual;
- () Atendimento familiar;
- () Atendimento em grupo;
- () Visita domiciliar;
- () Discussão em reunião de equipe;
- () Discussão em reunião de rede.

4.4 Qual a periodicidade planejada para os atendimentos do Serviço Social?

- () Semanal () Quinzenal () Mensal () Semestral () Não informado nos documentos

4.5 Como se deu o trabalho do Assistente Social no atendimento? _____

4.6 Cuidado foi compartilhado na Equipe?

- () Sim
- () Não

4.7 Se sim, com qual profissão?

- () Nutrição
- () Enfermagem
- () Medicina de Família e Comunidade
- () Farmácia
- () Agente Comunitário de Saúde
- () Outros: _____

4.8 Quais foram os encaminhamentos? _____

AVALIAÇÃO DO TRABALHO REALIZADO

4.9 O trabalho foi avaliado pelo assistente social?

- () Sim;
- () Não;
- () Não informado nos documentos

5 Os objetivos do atendimento do Serviço Social foram modificados ao longo do acompanhamento?

- () Sim;
- () Não;
- () Não informado nos documentos.

5.1 Se sim, quais foram as modificações realizadas? _____

5.2 Quais resultados foram alcançados? _____

5.3 Os resultados que não foram alcançados estão sendo monitorados?

- () Sim;
- () Não;

- () Não informado nos documentos;
- () Não se aplica.

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL UBS SANTA CECÍLIA

Data de preenchimento: ____/____/____

Profissional responsável pelo preenchimento: _____

Número do prontuário paciente: _____

Equipe ESF/UBS: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome: _____

1.2 Data de nascimento: ____/____/____ 1.2.1 Idade: _____

1.3 Contatos telefônicos: _____

1.4 Estado Civil: 1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Separado (apenas de corpos)

4. () Divorciado (legalmente) 5. () Viúvo 6. () União estável

1.4 Religião: 1. () Católica 2. () Protestante 3. () Espírita 4. () Evangélica

5. () Afro-Brasileiras 6. () Outra _____ 7. () Não Tem à PULE PARA A QUESTÃO 1.5 1.4.1 Você é praticante: 1. () Sim 0. () Não

1.5. Escolaridade: ____ anos de estudo 1. () Analfabeto 2. () Ensino Fundamental Incompleto 3. () Ensino Fundamental completo 4. () Ensino Médio Incompleto

5. () Ensino Médio completo 6. () Ensino Superior Incompleto 7. () Ensino Superior Completo

1.6 Profissão /ocupação: _____

1.7 Situação de trabalho atual:

1. () Empregado com carteira assinada 2. () Contrato temporário 3. () Desempregado

4. () Autônomo ("bicos" e outras atividades remuneradas não formais)

5. () Aposentadoria: _____ 6. () Pensionista

1.8. Trabalhou no último ano? 1. () Sim 0. () Não à PULE PARA A QUESTÃO 1.9

1.8.1 1. () Emprego formal 2. () Emprego Informal

1.9 INSS: Já efetuou contribuições 1. () Sim 0. () Não à PULE PARA A QUESTÃO 1.11

1.10 Tempo de contribuição junto ao INSS: _____

1.11 Renda Familiar (SM): 1. () <1 2. () 1 3. () 2 4. () 3 5. () mais de 3

1.12 Está em situação de rua? 1 () sim 0. () Não 1.14.1 Se sim, em qual região costuma ficar? _____

2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

| Nome (A) | Reside com o usuário (B) | Idade (C) | Escolaridade (D) | Ocupação (E) | Telefone (F) | Renda (G) | Vínculo (H) |
|----------|--------------------------|-----------|------------------|--------------|--------------|-----------|-------------|
| 2.1 | | | | | | | |
| 2.2 | | | | | | | |
| 2.3 | | | | | | | |
| 2.4 | | | | | | | |
| 2.5 | | | | | | | |
| 2.6 | | | | | | | |
| 2.7 | | | | | | | |

3. SITUAÇÃO HABITACIONAL

3.1 Qual a atual situação do domicílio? 1.() Alugado 2.() Próprio 3.() Cedido 4.()
 Financiado 5.() Ocupado 6.() Reside em Instituição
 7.() Outro: _____

3.2 Qual o material utilizado na estrutura? 1.() Alvenaria 2.() Madeira 3.() Mista

3.3 () Outro. Qual _____

3.4 N°. de peças: _____

3.5 Possui rede elétrica? 1.() Sim 0.() Não – PULE PARA A QUESTÃO 4.6

3.5.1 Qual a situação? 1 () Formal (conta) 2. () Informal

3.6 Possui saneamento básico? 1.() Sim 0.() Não

3.7 Tem acesso a água potável? 1.() Sim 0.() Não à PULE PARA A QUESTÃO 5

3.7.1 1.() Encanada 2.() Poço 3.() Outro. Qual? _____

4. CONTEXTO FAMILIAR

4.1 Você foi criado por pais biológicos? 1.() Sim à PULE PARA QUESTÃO 5.3 0.() Não
 Por quem?

4.1.1 () Teve a guarda de familiares

4.1.2 () Adotado

4.1.3 () Institucionalizado

4.1.4 () Outro: _____

4.2 Você mantém vínculo com a família de origem? 1.() Sim 0.() Não à PULE PARA QUESTÃO 4.2.6

Com quem?

4.2.1 () Mãe

4.2.2 () Pai

4.2.3 () Irmão (ã)

4.2.4 () Todos

4.2.5 Outros: _____

4.2.6 Se não, pensa em retomar este vínculo? 1.() Sim 0.() Não

5. SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE E REDE SOCIAL

5.1 Você já sofreu algum trauma? (Ex: acidente grave, assalto, incêndio, ameaça de morte, etc.)

1.() Sim 0.() Não

5.2 Você teve alguma perda (as) significativa (s)? 1.() Sim 0.() Não à PULE PARA QUESTÃO 6

5.2.1 De quem? _____

5.2 Você tem algum problema de saúde? 1.() sim 0.() não. 5.1.1 Se sim, o que?

() Clínico: _____

() Saúde Mental: _____

5.1 Você utiliza outro serviço de saúde atualmente? 1.() Sim 0.() Não à PULE PARA QUESTÃO 6.2 2. ()

Não quis informar à PULE PARA QUESTÃO 6.2

5.1.2.1 Quais? _____

5.1.2 () CAPS 5.1.2.1 Se sim, qual: _____

5.1.3 () Ambulatórios Especializados 5.1.3.1 Se sim, quais? _____

5.1.4 Outros: _____

5.2 Alguém da sua família utiliza algum destes serviços de saúde? 1.() sim 0.() não

5.2.1 Se sim, quais? _____

5.2 Pessoas lhe auxiliam nos cuidados voltados para a sua saúde? 1.() Sim 0.() Não à PULE PARA QUESTÃO 6.4

Quem:

5.2.1 () Pai

5.2.2 () Mãe

5.2.3 () Avós

5.2.4 () Companheira

5.2.5 () Irmão

5.2.6 () Amigos

5.2.7 () Vizinhos

5.2.8 () Outros: _____

5.3 Seus familiares utilizam algum recurso de saúde? 1.() Sim 0.() Não à PULE PARA QUESTÃO 6.5

Qual? 2.() Não sabe à PULE PARA QUESTÃO 6.5 3.() Não quis informar à PULE PARA QUESTÃO 6.5

5.3.1 () UBS 5.3.2 () CAPS 5.3.3 () Ambulatórios Especializados.

5.3.3.1 Se sim, quais: _____

5.3.4 () Outros: _____

6.7 Você recebe ajuda de amigos, vizinhos ou outras pessoas quando está enfrentando problemas?

1.() Sim 0.() Não à PULE PARA QUESTÃO 6.8 6.7.1 Se sim, de quem? _____

6.7.2 Que tipo?

6.7.2.1 () Emocional

6.7.2.2 () Financeiro

6.7.2.3 () Gerenciamento da casa

6.7.2.4 () Cuidado dos filhos

6.7.2.5 () Outro: _____

6.8 Você vive atualmente em situação de risco ou violência?

1.() Sim 0.() Não

6.8.1 Se não, já viveu anteriormente?

1.() Sim 0.() Não à PULE PARA QUESTÃO 7

6.8.2 Se sim, quem é/foi o autor do ato?

6.8.2.1 () Companheiro (a)

6.8.2.2 () Pais

6.8.2.3 () Irmãos

6.8.2.4 () Vizinhos

6.8.2.5 () Outros: _____

6.9 Que tipo de violência?

6.9.1 () Negligência

6.9.2 () Violência Física

6.9.3 () Violência Sexual

6.9.4 () Violência Emocional

6.9.5 () Violência na Comunidade

6.10 Procurou ajuda ou está recebendo suporte para a superação da situação vivenciada?

1.() Sim 0.() Não à PULE PARA QUESTÃO 7

6.10.1 Se sim, qual? _____

7. ASPECTOS INTERSETORIAIS E ASSISTENCIAIS

7.1 Recebe algum benefício 1.() sim 0.() não

7.1.1 Se sim, qual: () benefício previdenciário. Qual Valor? _____

() BPC. Qual Valor? _____

- () Passe livre
- () Passe Assistencial
- () Bolsa Família . Qual valor?_____
- () Outros:_____

7.2 Dos seguintes serviços quais você acessa:

- 7.2.1 () CRAS 7.2.2 () CREAS 7.2.3 () Acolhimento institucional 7.2.4 () Escola
- 7.2.5 () Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos 7.2.6 () Sistema prisional
- 7.2.7 () Ministério Público 7.2.8 () Defensoria Pública 7.2.9 () Judiciário 7.2.10 () Hospital
- 7.2.11 () Movimento Social 7.2.12 () Associação de Moradores
- 7.2.13 () Outros: _____

7.3 Alguém da sua família utiliza algum destes serviços? 1.() sim 0.() não

7.3.1 Se sim, quais?_____

8. ORGANIZAÇÃO, PLANEJAMENTO DAS AÇÕES E AVALIAÇÃO

8.1 Motivo da Demanda (queixa/motivo pela procura do atendimento):_____

8.2 Demanda avaliada/objetivo (avaliação se há demanda para o Serviço Social):_____

8.3 Conduta planejada:

8.3.1 Qual a periodicidade planejada para o acompanhamento do Serviço Social?

- 8.3.1.1() Semanal 8.3.1.2() Quinzenal 8.3.1.3() Mensal 8.3.1.4() Semestral

8.3.2 Quais instrumentos serão necessários?

- 8.3.2.1() Visita domiciliar 8.3.2.2() Atendimento individual 8.3.2.3() Atendimento familiar
- 8.3.2.4 () Grupo 8.3.2.5() Reunião com a rede intersetorial

8.4 Encaminhamentos:

- 8.4.1() CRAS 8.4.2() CREAS 8.4.3() Conselho Tutelar 8.4.4() Ministério Público
- 8.4.5() Judiciário 8.4.6() Defensoria Pública 8.4.7() INSS 8.4.8() Escola
- 8.4.9() Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos 8.4.10() Creche

8.4.11() Outros serviços: _____

8.4.12 () Atendimento para outro profissional da UBS: _____

8.4.13() Definição de metas e periodicidade conjunto com usuários e/ou familiares:

8.5 Técnico de Referência do Caso: _____

8.5.1() Cuidado compartilhado. Se sim, com quem? _____

8.6 Recursos Utilizados

| (A) Recursos utilizados | (B) Pra quem/onde | (C) Data de utilização | (D) Observação |
|--------------------------|-------------------|------------------------|----------------|
| 8.6.1 Ligação telefônica | | | |
| 8.6.2 Transporte | | | |
| 8.6.3 Ambulância | | | |
| 8.6.4 Outros | | | |

8.7 Avaliação das Condutas Realizadas

8.7.1 Há necessidade de continuidade do atendimento pelo Serviço Social: 1.Sim () 0.Não ()

8.7.2 Motivo: _____

8.8 Necessidade de rever a periodicidade do acompanhamento pelo Serviço Social:

() 1.Sim () 0.Não

8.8.1 Se sim, mudou para:

8.8.1.1() Semanal 8.8.1.2() Quinzenal 8.8.1.3() Mensal 8.8.1.4() Semestral

8.9 Necessidade de rever metas:

() 1.Sim () 0.Não

8.9.1 Se sim, novas metas elaboradas: _____



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

| | |
|--|------------------|
| O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA | Cadastro no GPPG |
|--|------------------|

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 11 de dezembro de 2017.

| Nome dos Pesquisadores | Assinatura |
|--------------------------------|------------|
| Rosa Maria Castilhos Fernandes | |
| Graziela Dourado Ramos | |
| | |
| | |
| | |



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

| | |
|--|------------------|
| O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA | Cadastro no GPPG |
|--|------------------|

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 11 de dezembro de 2017.

| Nome dos Pesquisadores | Assinatura |
|--------------------------------|------------|
| Rosa Maria Castilhos Fernandes | |
| Graziela Dourado Ramos | |
| | |
| | |
| | |

Anexo 4



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Grupo de Pesquisa e Pós Graduação

Carta de Aprovação

Projeto

2018/0213

Pesquisadores:

ROSA MARIA CASTILHOS FERNANDES

GRAZIELA DOURADO RAMOS

Número de Participantes: 10

Título: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós- Graduação (GPPG).

10/08/2018



Assinado digitalmente por:

PATRICIA ASHTON PROLLA

Grupo de Pesquisa e Pós-graduação

27/08/2018 18:29:22

<http://aghuse.hcpa.ufrgs.br:443/pesquisa/publico/cadastroapoio/conferenciaArqui vo.xhtml?codarq=421217>

Impresso do sistema AGHU-Pesquisa por RAFAEL LEAL ZIMMER em 24/08/2018 16:03:31

Anexo 5

Normas editoriais da Revista Saúde e Sociedade da Universidade de São Paulo (USP)

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, os gráficos e tabelas também devem estar inseridos no texto original.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, todas as imagens também devem estar inseridas no texto original.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “et al.”. Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

- Livro

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

- Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

- Artigo de Periódico

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

- Tese

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

- Documento on-line

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010.

Geneva: WHO, 2010. Disponível em:
<http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf

>. Acesso em: 7 mar. 2011.

- Legislação (Lei, Portaria etc.)

- Versão impressa

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em:
<http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

- Artigo ou matéria de jornal

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

- Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)

- Versão impressa

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- Versão eletrônica

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.