

**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.....	10
2.2 O trabalho da Assistente Social na Saúde.....	12
2.3 As mulheres em situação de Vulnerabilidade Social: Usuárias da saúde.....	13
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 Geral.....	15
3.2 Específicos.....	16
4. METODOLOGIA.....	16
5. RESULTADO.....	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
7. REFERÊNCIAS.....	22
8. APÊNDICES.....	26
Apêndice A - Instrumento de coleta de dados.....	26
9. ANEXOS.....	32
Anexo 1 - Formulário de atendimento do Serviço Social.....	32
Anexo 2 - Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais.....	39
Anexo 3 - Termo de Compromisso para Utilização de Dados.....	40
Anexo 4 - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).....	41

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 Janaína 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, Profª 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 Enfª 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

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.

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 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”

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.

(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 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 Iamamoto (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 imediatez 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 sujeitado 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 em formato de artigo a ser submetido em revista científica.

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 n° 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 n° 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-2-436-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://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.

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 199-210.

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.

Anexo 1

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: _____

Anexo 2



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	

--	--

Anexo 3



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/conferenciaArquivo.xhtml?codarq=421217>

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