
A inserção de assistente social na Unidade de Acidente Vascular Cerebral em um hospital terciário do SUS: relato de experiência

*The insertion of social worker in the Stroke Unit Care in a SUS tertiary hospital:
experience report*

Helaine Aparecida Maia¹

Ondina Maria Chagas Canuto²

RESUMO

Esse trabalho foi desenvolvido a partir da formação em serviço realizada por assistente social residente, atuando em Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) de um hospital de alta complexidade do estado do Ceará. Teve por objetivo refletir sobre as contribuições do fazer profissional do assistente social enquanto membro de uma equipe multiprofissional, frente ao processo de saúde e doença vivenciado pelos pacientes acometidos por AVC e seus familiares. Foi pautado na concepção ampliada de saúde, no Projeto de Reforma Sanitária e no Projeto Ético Político do Serviço Social. A experiência vivenciada, de novembro de 2016 a janeiro 2017, cumpre exigência curricular em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Neurologia e Neurocirurgia, promovida pela Escola de Saúde Pública do estado do Ceará, sendo esta a primeira turma a ter em sua composição profissionais do Serviço Social. Constituiu-se de um relato de experiência que descreve a vivência do profissional de Serviço Social como membro de equipe multiprofissional, de forma a contribuir para sua área de atuação num campo especializado da saúde. A vivência neste âmbito de atuação coletiva produziu novos conhecimentos específicos da neurologia e do próprio fazer profissional do Serviço Social, proporcionando uma maior aproximação com demais categorias profissionais inseridas na unidade de AVC, promovendo reconhecimento quanto ao seu fazer profissional na medida que praticou e compartilhou saberes de ordem social e de direitos.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde Pública, Serviço Social, Assistência Hospitalar, Educação em Saúde.

¹ Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará, UEC Ceará. Assistente Social em Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Especialista em modalidade de Residência em Neurologia e Neurocirurgia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). E-mail: helaineamaia@hotmail.com. Telefone: 55 85 9 9764-3990.

² Graduação Serviço Social (UECE), Doutora em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: ondinacanuto@hotmail.com.

ABSTRACT

This study was developed from the in-service training performed by a resident social worker, working at the Stroke Unit of a high complexity hospital in the state of Ceará, from November 2016 to January 2017, fulfilling curricular requirement in Multiprofessional Residency Program in Health with emphasis on Neurology and Neurosurgery, promoted by the School of Public Health of the state of Ceará, this being the first class to have professionals in this category. The objective was to reflect on the contributions of doing Social Work professional as a member of a multiprofessional team, facing the health and disease process experienced by stroke patients and their families. It was based on the expanded conception of health, the Health Reform Project and the Political Ethical Project of Social Work. It is an experience report that describes the experience of the Social Work professional as a member of a multidisciplinary team, in order to contribute to his / her area of expertise in a specialized health field. The experience in this area of collective action produced new specific knowledge of neurology and the professional practice of Social Work, providing a closer approach with other professional categories inserted in the stroke unit, promoting recognition of their professional practice as they practiced and shared knowledge social order and rights.

KEYWORDS: *Public Health. Social Work. Hospital Care. Health Education.*

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade adquirida no mundo (BRASIL, 2012, p. 1). A maioria dos pacientes desenvolve algum tipo de deficiência, seja completa ou parcial, levando à invalidez ou à incapacidade. Desse modo, trata-se de uma doença com forte impacto social (ARAÚJO *et al.*, 2010; ALMEIDA, 2012, *apud* MANIVA, 2016, p. 21).

O AVC pode afetar indivíduos de qualquer idade, mas ocorre principalmente com os idosos. Cerca de 75% a 89% ocorrem após os 65 anos de idade. Em **peçoas** com menos de 80 anos, há maior incidência de AVC isquêmico em homens do que em mulheres. Sendo as mulheres em maior proporção quando em relação aos pacientes com mais de 80 anos, efeito da sobrevivência (SPENCE *et al.*, 2013, p. 4). Estes autores assinalam ainda em seu estudo que os negros são duas vezes mais propensos do que os brancos a morrer por AVC, provavelmente, devido a fatores socioeconômicos e ambientais (SPENCE *et al.*, 2013, p. 5).

No Brasil, segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011) o contingente de pessoas idosas, (60 anos ou mais), é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8% da população total. Desde os anos 1940 a população idosa tem as taxas mais altas de

crescimento populacional. “[...] à medida que a proporção de pessoas mais velhas aumenta, espera-se que a incidência de AVC se eleve, apresentando uma epidemia intensa nos anos vindouros” (SPENCER *et al.*, 2013, p. 4). Esta é uma nova realidade a ser enfrentada pelas políticas públicas, em especial no âmbito da política de saúde.

Para responder às necessidades de cuidado integral ao paciente com AVC, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 665, em abril de 2012, aprova a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral, a qual preconiza que os modelos de assistência devem prever a inclusão de diversos pontos de atenção à saúde, desde ações de educação popular em saúde, as ações da Atenção Básica, os serviços de urgência/emergência, as Unidades de AVC, a reabilitação, cuidados ambulatoriais e a reintegração social. Preconiza uma assistência integrada, prestada por equipe multiprofissional, incluindo o Serviço Social, nos diversos níveis de atenção, conforme as necessidades do usuário.

A Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE) constitui modalidade de Ensino de Pós-Graduação *Lato Sensu*, sob a forma de Curso de Especialização em caráter de Residência, em regime de tempo integral e exclusiva, caracterizando-se como educação para o trabalho, através da aprendizagem em serviço. A ênfase em Neurologia e Neurocirurgia tem a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) como instituição formadora e Hospital Geral de Fortaleza (HGF) como instituição executora.

Os objetivos da Residência Integrada em Saúde estão alinhados com foco em formar-ativar lideranças técnicas-científicas-políticas para a qualificação da Rede ao Paciente Neurológico e Neurocirúrgico de Alta Complexidade, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade.

No processo seletivo para a turma (2013-2015) foram selecionados 22 profissionais da área da saúde, quais sejam: Enfermagem (04), Fisioterapia (04), Terapia Ocupacional (03), Fonoaudiologia (03), Nutrição (03), Psicologia (03), Serviço Social (02). Dispostos em 04 equipes multiprofissionais realizando rodízio nas Unidades de Neurologia do Hospital: Enfermaria Neurológica, Enfermaria Neurocirúrgica, Neurointensivismo (UTI Amarela), UTI

Neonatal e Ambulatório de Prematuros, Unidade de AVC, Ambulatório de Esclerose Múltipla, Unidade de Cuidados Especiais (UCE), Cuidados Paliativos; assim como em outros equipamentos da Rede; Unidade de Atenção Primária a Saúde Frei Tito e Recanto Psicopedagógico. Além da realização de Estágio de Rede, local de escolha de cada residente, houveram vivências profissionais no Ambulatório de Suporte de Vida a Imunodeprimidos (SVI) do HGF.

Enquanto assistente social residente emerge a necessidade de refletir sobre as contribuições do fazer profissional do Serviço Social junto à equipe multiprofissional frente ao processo de saúde e doença vivenciados pelos usuários acometidos por Acidente Vascular Cerebral, em especial, aqueles internados em Unidade de AVC. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência com a finalidade de compartilhar as ricas experiências na Unidade de AVC do Hospital Geral de Fortaleza.

O relato de experiência é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para sua área de atuação. Ele traz as motivações ou metodologias para as ações tomadas na situação e as considerações que a experiência proporcionou. O relato deve trazer reflexões, a partir da vivência sobre a qual se insere, sendo significativo para área de estudo em questão (ABNT, 2002).

É preciso conhecer a realidade para pretender transformá-la. Disto decorre a necessidade de “produzir conhecimentos a partir de nossa inserção concreta e cotidiana em processos sociais específicos que fazem parte dessa realidade” (HOLLIDAY, 2006, p. 35).

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC): UMA TENDÊNCIA CRESCENTE

As doenças cerebrovasculares estão em segundo lugar entre as doenças com maior índice de óbitos no mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Oitenta e cinco por cento das mortes ocorre em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e um terço dos casos atinge a parcela economicamente ativa da população (BRASIL, 2013). No Estado do Ceará, em 2014, foram registrados 4.137 óbitos, constituindo a primeira causa de morte,

conforme dados do Sistema de Informações sobre Saúde (SIM), do Ministério da Saúde (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2015).

A maioria dos doentes desenvolve algum tipo de deficiência, seja completa ou parcial, levando à invalidez ou à incapacidade. Deste modo, trata-se de uma doença com forte impacto social (ARAÚJO *et al.*, 2010; ALMEIDA, 2012 *apud* MANIVA, 2016, p.21). Diante de tais sequelas, de 30 a 40% dos pacientes são impedidos de voltar às atividades laborais e necessitam do auxílio de terceiros para as atividades cotidianas básicas. A perda de autonomia e a consequente dependência também expressam a gravidade do AVC (CARVALHO, 2011; TEIXEIRA PAIXÃO; SILVA, 2009 *apud* MANIVA, 2016, p. 21).

O atendimento aos usuários com quadros agudos de AVC deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado (BRASIL, 2012).

Incluída na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a Linha de Cuidados em AVC é composta pelos seguintes componentes: Unidades de Atenção Básica à Saúde; Componente Móvel de Urgência (Pré-hospitalar/ SAMU 192); Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) e Pronto-socorro de hospitais gerais (não referenciados para AVC); Sala de Estabilização (SE); Hospitais com habilitação em Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, Tipo II e Tipo III aos Pacientes com AVC; Unidades de Atenção Especializada; Enfermaria de longa permanência; Atenção Domiciliar; Serviços de Reabilitação Ambulatorial e Hospitalar; Serviço de Reintegração Social; Centrais de Regulação; Ambulatório de Anticoagulação (BRASIL, 2012).

Dada a complexidade das ações demandadas aos doentes acometidos por AVC, a assistência deverá ser prestada de forma integrada por uma equipe multiprofissional (Neurologia, Neurocirurgia, Clínica Médica/ Geriatria/ Cardiologia, Neurocardiologia intervencionista, Cirurgia Vascular, Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social) nos diversos níveis de assistência conforme as necessidades do usuário (BRASIL, 2012).

O Programa de Atenção ao AVC do Ceará, desenvolvido nas vertentes epidemiológica, assistencial e educativa, iniciou suas ações de vigilância epidemiológica em 2006, com o georreferenciamento de todas as mortes por AVC em Fortaleza. Em 2009 foi iniciado o estudo hospitalar, envolvendo 19 hospitais da Capital, identificados por concentrar mais de 90% das mortes por AVC. Marco do programa, a Unidade de AVC do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), foi inaugurada em outubro de 2009 (SESA, 2012).

Dados de 2012 da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará referem que a Unidade de AVC do HGF reduz em 30% a mortalidade causada pela doença e em 50% a incapacitação dos vitimados. Devido ao acesso dos **indivíduos** ao tratamento a partir do trombolítico, medicamento que dissolve os coágulos no cérebro, assim como e a realização de exames de imagem com alta tecnologia, são evitadas cerca de 150 mortes e 400 pacientes mantêm-se livres de sequelas incapacitantes. É a maior unidade de AVC do país, com 20 leitos e equipe multiprofissional. No ano de 2012, passa a ser a primeira do país habilitada pelo Ministério da Saúde como Tipo III por garantir assistência integral aos pacientes, desde a emergência aos serviços de retaguarda (SESA, 2012).

O SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERVENÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

O Serviço Social é uma profissão liberal de nível superior, regulamentada pela Lei 8.662 de 7 de junho de 1993, sendo necessário o registro no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS para o seu exercício. O assistente social desenvolve suas ações com base nesta lei, no Código de Ética Profissional e nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa do Serviço Social (ABEPSS), com formação intelectual e cultural generalista crítica, de caráter interventivo, utiliza saberes acumulados nas Ciências Humanas para análise e intervenção na realidade social. Ancorado em um Projeto Ético-político, que conforme Neto (1990),

Tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a

emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem societária, que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero (NETTO, 1990, p. 15).

Nessa direção, o Serviço Social reconhece a questão social como seu objeto de intervenção profissional. Entendendo a questão social como,

[...] o conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos (IAMAMOTO, 2006, p.16).

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção do Serviço Social demanda uma intervenção profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. O que pressupõe leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (CFESS, 2010).

O exercício de sua profissão exige, portanto, um trabalhador que tenha competências para “ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades ali presentes passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho” (IAMAMOTO, 2006, p. 12).

Inserido em contextos hospitalares no Brasil desde 1945, o Serviço Social passou a ser reconhecido como uma profissão de nível superior da área da saúde em 06/03/1997 através da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), legitimando dessa forma a sua intervenção profissional na área.

Saúde é aqui concebida como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme define o artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença. Esta definição demonstra a complexidade do tema e a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares para alcançar indicadores satisfatórios no campo da saúde pública. Concepção esta também defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária que serviu de base para a definição do texto constitucional atual após a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. “Ao defender essa concepção de saúde, o movimento de Reforma Sanitária salientou a importância da determinação social sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida” (CFESS, 2010, p. 40).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização em todo o território nacional, de ações e serviços de saúde, reafirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado. Traz no seu bojo a compreensão de que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país e reflete os fatores determinantes e condicionantes para a saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços sociais (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º). Assim como, em seu parágrafo único, refere que, dizem respeito à saúde às ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Observa-se, portanto, o conceito ampliado de saúde, entendida não apenas como ausência de doença, mas como qualidade de vida.

Há portanto, uma relação muito próxima entre os princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social que na área da saúde compreende os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias para o enfrentamento dessas questões (CFESS, 2010, p. 39).

SOBRE O PERCURSO DA ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE NA UNIDADE DE AVC

A presença de uma assistente social fixa em Unidade de AVC foi uma experiência nova tanto para a equipe do Serviço Social do Hospital quanto para a equipe multiprofissional do setor. Tal experiência foi possível devido à inserção de profissionais de Serviço Social na turma de Residência Multiprofissional de Neurologia e Neurocirurgia da Escola de Saúde Pública do Ceará (2015-2017). Esta foi à primeira turma a contar em sua composição com a presença de duas profissionais do Serviço Social dispostas em diferentes equipes multiprofissionais.

Historicamente na instituição, as demandas sociais da Unidade de AVC ficavam sob a responsabilidade da equipe do Serviço Social da Emergência, cujas profissionais trabalham em regime de plantão de 12 horas, atuando nas diversas unidades do setor, com pouca vinculação com unidades específicas, dentre elas a Unidade de AVC.

O Serviço Social da Emergência possui um espaço físico de atendimento composto por duas salas que oferecem privacidade, duas linhas telefônicas e dois computadores para a realização das atividades profissionais, dentre elas: acolhimento, escuta e orientações aos usuários, estudos socioeconômicos e culturais de pacientes por meio de entrevista e preenchimento da Ficha de Acompanhamento Social (FAS), interlocução e encaminhamentos à rede socioassistencial e de saúde, dentre outros. Esta estrutura, ainda insuficiente frente ao excesso de demanda foi resultado das ações e posicionamentos da categoria junto a instituição hospitalar no sentido de buscar garantir as condições éticas e técnicas para realização do exercício profissional.

Conforme o Código de Ética Profissional do Serviço Social, manter o sigilo profissional constitui um direito do/a assistente social (Art. 15), assim como, o sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo que o assistente social tome conhecimento em decorrência do exercício da profissão (Art.16). Sendo necessária, portanto, condições éticas e técnicas para o seu exercício determinadas pela Resolução CFESS nº 493/2006, tais como:

Art. 1º - É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e

execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer.

Art. 3º - O atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo.

No entanto, esta estrutura física necessária para o atendimento do Serviço Social ao usuário não estava disponível na Unidade de AVC, o que não favoreceu a realização dos atendimentos na própria unidade. Desta forma, os atendimentos, que exigiam respeito do sigilo ao usuário, eram realizados na sala do Serviço Social da Emergência, local, no entanto, já sobrecarregado pela demanda excessiva do próprio setor. A equipe do Serviço Social da Emergência passou a assumir o papel pedagógico de preceptoria de núcleo e orientação de serviço das profissionais residentes, experiência nova para as profissionais da instituição.

As ações realizadas pela residente de Serviço Social na Unidade tiveram por base as legislações específicas da categoria, sendo elas, a Lei de Regulamentação da Profissão, de nº 8.662/93, datada de 7 de junho de 1993, o Código de Ética Profissional, resoluções do CFESS, Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde, o Projeto Ético-político do Serviço Social, assim como as legislações da saúde, Lei Orgânica da saúde, o Decreto 7508, a Política Nacional de Humanização, dentre outras, assim como o Manual Operacional do Serviço Social da instituição. Dada a sua relevância, considera-se importante discorrer sobre este último documento.

O Manual Operacional do Serviço Social, publicado em 2002, foi resultado do trabalho coletivo produzido pela equipe do Serviço Social mediante reflexões sistemáticas sobre as demandas para a profissão na área da saúde diante do contexto institucional.

Considerando a nova sociabilidade construída *pari-passu* às alterações dos processos produtivos, o ocaso do Estado de Bem-social e o fim de um sistema de proteção social que sequer haviam se consolidado no país implicando o crescente aprofundamento da pobreza, o setor redimensiona suas concepções teórico-metodológicas e o seu instrumental técnico-operativo, visando dar respostas mais adequadas às múltiplas e crescentes demandas apresentadas pelos usuários do hospital e pelo Estado (SESA, 2002, p. 18).

Trata-se de intervir nas múltiplas formas de manifestação da questão social que, no

âmbito hospitalar, se expressam como doenças propriamente ditas, desigualdades econômicas, sociais, políticas, educacionais e culturais, atravessadas por questões de gênero, geracionais e étnico-raciais, assim como as carências daí originadas (COSTA *et al.*, 2011, p. 291).

Dado o compromisso constante das assistentes sociais da instituição com a crítica e a requalificação da sua prática profissional no exercício cotidiano, o Manual Operacional do Serviço Social passa por uma atualização em 2013, sendo intitulado “Manual Operacional de Serviço Social. Uma proposta de padronização de procedimentos”.

Os procedimentos operacionais padrão do Serviço Social devem ser adotados de forma crítica e reflexiva, de acordo com cada realidade e não devem constituir-se como ferramentas de “engessamento” do pensamento e da ação! Nem tão pouco instrumentos mecânicos e burocráticos trabalhados fora de um contexto real. Portanto é necessário contextualizar, ressignificar e adaptar às necessidades do serviço de saúde, incluindo os usuários e familiares (SESA, 2014, p. 11).

Cabe-se ressaltar que o esforço da categoria em qualificar sua atuação profissional não se esgota na construção do Manual Operacional e em sua posterior atualização. Para além da prática de realizar a problematização de situações do cotidiano do trabalho com demais profissionais que compartilham do mesmo plantão, a categoria tem adotado desde o ano de 2016 uma estratégia pedagógica capaz de promover interação e socialização de conhecimentos e experiências, espaço este designado Comunidade de Prática (CoP) do Serviço Social. Conforme Lave (1991), este espaço refere-se a um grupo de pessoas que se unem em torno de um mesmo interesse. Pessoas que trabalham juntas para achar meios de melhorar o que fazem, ou seja, na resolução de um problema na comunidade ou no aprendizado diário, através da interação regular.

Os encontros são realizados a cada quinze dias, facilitados pelos assistentes sociais que compõem a CoP, ou por colaboradores convidados, sendo os temas pautados pelos próprios participantes. Ao seu término ocorre a certificação mediante uma autoavaliação dos profissionais/acadêmicos. Utiliza-se também uma rede social, intitulada *WhatsApp*, para divulgação de informações e discussão de situações vivenciadas no cotidiano profissional. Os encontros contam com a participação das assistentes sociais da instituição, estagiárias e

residentes da categoria.

Esse espaço privilegiado de discussão foi adotado como um dos momentos de formação teórica para as residentes de Serviço Social em seu eixo específico, mediante a pactuação entre as profissionais residentes e as preceptoras de núcleo (profissionais da categoria profissional que exercem a função de supervisão docente-assistencial com foco nos saberes e práticas do núcleo profissional, conforme regimento interno da RIS/ESP-CE), que juntamente com as rodas de núcleo, realizadas semanalmente, foram capazes de responder as exigências da carga horária teórica prevista no Programa da Residência Multiprofissional.

Dentre os processos de trabalho mais presentes no cotidiano da prática da assistente social residente pode-se citar a realização de estudos socioeconômicos e culturais, o acompanhamento social de pacientes e seus familiares e a participação em grupos operativos, conforme detalhamos a seguir.

1) Realização de estudos socioeconômicos e culturais

Os estudos socioeconômicos, matéria de competência do Serviço Social, bastante presente em seu cotidiano profissional, são realizados através de entrevista social guiada pelo instrumental “Ficha de Acompanhamento Social (FAS)”. Mediante o acolhimento e uma escuta qualificada pretende-se com referido estudo identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença do paciente, dentre eles, situação ocupacional e renda, as condições de moradia, as relações afetivas e familiares, o acesso aos serviços de saúde, assim como, informações sobre o nível de conhecimento do paciente e seus familiares quanto a diagnóstico e tratamento. Tais informações irão subsidiar as orientações a serem prestadas ao usuário com vistas a viabilização de direitos, identificando-se previamente e esclarecendo ao usuário quanto a finalidade das informações coletadas, estabelecendo uma relação horizontalizada, resguardando-lhe o direito ao sigilo.

Contudo, prestar orientações relevantes ao usuário exige do profissional de Serviço Social a compreensão do contexto social em que ele está inserido, da doença, de seus determinantes e terapêuticas. Surge então, a necessidade de desvendar um campo

especializado do AVC que para o Serviço Social é novo. O que exige um esforço de qualificação técnica por parte do profissional. Conhecer a linguagem técnica própria desse lugar, para dar uma resposta apropriada às necessidades do usuário é imperioso. Utilizando uma linguagem adequada na comunicação com os mesmos, sem, no entanto, cair no erro de realizar atendimentos que fujam a sua competência profissional. Sendo observado, portanto, o princípio fundamental em seu Código de Ética Profissional no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados à população e ao seu aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

2) Acompanhamento social de usuário e seus familiares

As informações registradas na FAS não se restringem ao seu momento inicial, mas se estende a todo o período de internação. Esse potente instrumento possibilita o acompanhamento, mediante o registro sistemático das abordagens e atendimentos prestados pelo Serviço Social, posto que no decorrer do período de internação surgem necessidades a serem satisfeitas e que não foram identificadas na entrevista inicial.

Presta-se orientações quanto aos direitos previdenciárias (auxílio doença, aposentadoria por idade e por invalidez, entre outros), assistenciais (Benefício de Prestação Continuada, Programa Bolsa Família), e de saúde (Programa Farmácia Popular do Brasil). Assim como, orientações para obtenção de insumos, materiais, dieta, órteses e próteses nos processos de alta ou auxílio-funeral e pensão por morte em ocasião de óbito.

3) Grupos operativos

A equipe de residentes multiprofissional junto à profissional da Terapia Ocupacional realizaram semanalmente, na unidade de AVC, grupos de educação em saúde com os acompanhantes. De caráter informativo e preventivo, consistia como uma roda de conversa com os usuários, momento no qual podiam partilhavam coletivamente das suas experiências e retirar dúvidas. Discutia-se sobre o que é o AVC, quais os sinais e sintomas, o que fazer quando identificado, tratamento, fatores de risco, medidas preventivas e reabilitação. Chamava-se atenção para o risco de recorrência e a necessidade de mudança de hábitos de vida, a fim de buscar minorar os riscos de um novo episódio.

A taxa média de recorrência de AVC varia de 16-32% em cinco anos (GO *et al.*, 2014), o que representa uma chance nove vezes maior em pessoas acometidas por AVC/AIT que na da população em geral” (PIEDADE *et al.*, 2003 *apud* MANIVA, 2006, p. 22).

Adotou-se como referência na condução do grupo a tecnologia educativa “Cartilha do AVC: o que é, o que fazer e como prevenir”, produto final de trabalho de doutorado elaborado por enfermeira da assistência da Unidade de AVC, cuja linguagem de fácil compreensão e bastante ilustrativa, se adequava a vários públicos.

Abordando desde o significado da sigla AVC e a associação dos seus subtipos com os nomes popularmente conhecidos, trombose (AVCI) e derrame (AVCH). Assim como o Ataque Isquêmico Transitório (AIT), conhecido como “começo de AVC”. Procurou-se destacar a importância de buscar atendimento médico imediato logo que identificados os sinais e sintomas do AVC, dentre os mais prevalentes: perda de força, dormência ou formigamento unilateral; dificuldade para falar ou compreender o que se fala; tontura, desequilíbrio, dificuldade para caminhar; e dificuldade para enxergar com um ou dois olhos.

Orientou-se também a evitar a ingestão de medicamentos, líquidos e/ou alimentos. Foram destacados os principais fatores de risco para AVC: hipertensão arterial, tabagismo, alimentação inadequada hipercalórica e hiperssódica, etilismo, diabetes, estresse, doenças cardíacas, obesidade, sedentarismo e idade avançada. E as medidas preventivas para o AVC: alimentação saudável, com consumo diário de frutas, verduras e legumes; controlar a pressão arterial; parar de fumar; controlar a glicemia; suspender o uso de bebidas alcoólicas; diminuir o consumo de sal e de alimentos gordurosos; usar regularmente as medicações prescritas pelo médico; realizar exercícios físicos e fazer acompanhamento de saúde frequente. Destacou-se que a recorrência de AVC pode levar à sobreposição de sequelas, aumentando as complicações e podendo levar à morte. (MANIVA, 2016)

A vivência em uma equipe multiprofissional, na especialização em caráter de Residência, oportunizou ao Serviço Social fomentar a discussão sobre saúde enquanto direito fundamental de todo ser humano a ser garantido pelo Estado mediante políticas públicas, cujas ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um

Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre essas redes está a Rede de Urgência e Emergência (RUE) na qual está situada a Linha de Cuidado ao AVC. Essa por sua vez, preconiza que todas as portas de entrada de atenção à saúde estejam preparadas para identificar e encaminhar rápida e responsabilmente os usuários acometidos pelo AVC para o serviço de referência mais adequado ao atendimento. Assim como, concluído o tratamento da fase aguda, a Linha de Cuidado ao AVC estende-se ao acompanhamento ambulatorial, atenção domiciliar e/ou reabilitação (Fisioterapia, Fonoterapia e/ou Terapia Ocupacional), conforme as necessidades de cada usuário.

Dentre os fatores de risco modificáveis, o Serviço Social chamou a atenção para o tabagismo e o etilismo, de forma a estimular a cessação e/ou a redução do consumo. Utilizando uma abordagem não moralizadora, sensibilizando os familiares quanto as dificuldades a serem enfrentadas pela pessoa acometida por AVC para cessação do uso, inclusive os momentos de recaída, dado o estado de dependência que a substância causa, e informando sobre os equipamentos da rede, Programa de controle de tabagismo desenvolvidos no Hospital de Messejana e na Unidade de Atenção à Saúde Carlos Ribeiro e Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPS AD), caso haja necessidade de buscar ajudar para parar/reduzir o consumo. Sabe-se que o uso regular de cigarros, resultando no vício em nicotina, representa risco à saúde.

Ambos os tipos de AVCs, isquêmico e hemorrágico, são diretamente relacionados ao consumo do tabaco. O consumo diário de cigarros mais do que triplica o risco de um AVC fatal. De modo contrário [...] dentro de cinco anos da cessação, o risco de AVC é igual ao de não fumantes. (SPENCE *et al.*, 2013, p .54)

O Serviço Social trouxe para discussão o papel da família nos processos do cuidado. Sua importância no momento da internação e principalmente, o apoio ao paciente após a alta. Chamando a atenção para o respeito ao direito de autonomia deste, e refletindo sobre suas responsabilidades quanto ao autocuidado.

Dentre as dúvidas mais frequentes dos familiares, pode-se citar, o significado do termo “janela”, apontado, em sua grande maioria, como a expressão utilizada nos pontos de atenção

a saúde onde buscaram primeiro atendimento. Tal termo se refere ao período de tempo decorrido entre o horário do início dos sintomas e o último momento em que o paciente foi visto sem sinais e sintomas neurológicos. Esta definição de tempo é crucial para a tomada de decisão, por parte da equipe médica, dentre outros fatores, quanto a realização ou não de terapia trombolítica em pacientes acometidos por AVCI, cujo tempo não poderá ultrapassar a 4,5 horas, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. A máxima em neurologia: “tempo é cérebro”, ressalta a necessidade urgente de tratamento do AVC, pois se estima que cerca de 2 milhões de neurônios morrem a cada minuto que um AVCI fica sem tratamento (SPENCE *et al*, 2013).

Importante atividade no processo de educação em saúde, os grupos operativos se apresentam como uma potente ferramenta para a socialização de informações, além de proporcionar momento de trocas de experiências, que enriquecem e aprofundam a discussão, tornam possível, a partir das falas dos usuários, identificar falhas existentes nas Redes de Atenção à Saúde, que por vezes, dificultaram o acesso a esta instituição.

As manifestações mais recorrentes durante a realização dos grupos operativos com usuários estavam relacionadas à demora para o atendimento e/ou diagnóstico do AVC em diversos pontos da rede como hospitais municipais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), assim como, o prolongado tempo de espera para o encaminhamento do usuário, principalmente devido à falta ou limitação de transporte nestas instituições. Demora também relatada quanto ao Serviço de Atendimento Móvel Urgente (SAMU 192) quando acionado diretamente pelo usuário. Estas falas foram contrastadas com a experiência positiva que vivenciaram no HGF, posto que, identificado AVC em janela terapêutica pela equipe na emergência foram prontamente assistidos.

Observou-se ainda o descontentamento dos usuários e de seus familiares com as instituições de saúde, assim como a descrença quanto o acesso aos serviços, principalmente, aqueles relativos à reabilitação no pós-alta. Os grupos operativos foram momentos oportunos também para discussão quanto aos mecanismos de participação e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como os conselhos e conferências de saúde, assim como as

Ouvidorias enquanto instrumento de controle interno e de exercício de cidadania.

DA RELAÇÃO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Inicialmente, observou-se um estranhamento por parte da equipe multiprofissional da Unidade de AVC quanto à presença constante da profissional de Serviço Social. No entanto, no percurso do rodízio foi possível perceber que este estranhamento decorria, em grande parte, pelo desconhecimento desses profissionais quanto às atribuições e competências do Serviço Social e as contribuições que o seu saber específico, ancorada na concepção ampliada de saúde, poderiam trazer aos usuários, pacientes e familiares, principalmente no que concerne a orientação quanto aos seus direitos e os mecanismos para efetivá-los. Destacaram-se também as inúmeras possibilidades de interação com a equipe multiprofissional de forma a exercer com os mesmos os preceitos preconizados pela Clínica Ampliada, esta compreendida como “trabalho clínico que visa ao sujeito e a doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade” (BRASIL, 2006, p. 38).

Essa aproximação com a equipe da Unidade de AVC contribuiu positivamente para diminuir a distância entre os usuários e os profissionais de saúde, tornando o ambiente cada vez mais acolhedor e humanizado.

O reconhecimento profissional do Serviço Social ocorreu de forma gradual no cotidiano da prática, a partir das interações com a equipe visando responder as necessidades pelos usuários demandadas. Momentos ricos de aprendizado. Pouco a pouco, as equipes passaram a perceber o Serviço Social para além das rotinas burocráticas, tais como, orientação de rotinas e normas hospitalares, renovação de autorização de acompanhante, fornecimento de declaração de comparecimento. A equipe passou a encaminhar para a profissional de Serviço Social as demandas que diziam respeito ao acesso a direitos, muitos, destes, até então desconhecidos pelos profissionais. Assim como, os casos suspeitos de violência e/ou negligência, anteriormente, objeto de compaixão e piedade, principalmente, devido ao desconhecimento quanto as políticas públicas e a rede socioassistencial de apoio (CREAS,

Promotorias, delegacias especializadas), assim como os mecanismos para acioná-las.

Por outro lado, a maior aproximação com a equipe multiprofissional permitiu a assistente social residente reconhecer com maior clareza as competências das demais categorias profissionais, assim como, o papel de cada uma delas nos processos de cuidado favoreceu ainda a absorção de saberes que para o Serviço Social eram novos. Hemiparesia (paralisia parcial de um lado do corpo), hemiplegia (paralisia de todo um lado do corpo), afasia (perda parcial ou total da capacidade de expressar ou compreender a linguagem falada ou escrita), disartria (alteração na capacidade de pronunciar as palavras), condições comuns em pacientes acometidos por AVC, de significados até então desconhecidos. Qualificar a atuação profissional passava também pela necessidade de compreender o que significavam tais denominações. Ter domínio na área para melhor poder seguir com as orientações próprias do Serviço Social, cumprindo o que preconiza o Código de Ética profissional quando trata do constante aprimoramento profissional.

O exercício do trabalho em equipe exige reconhecer e valorizar os diferentes saberes, assim com uma postura aberta para o diálogo de forma horizontal. Sendo, portanto, a interdisciplinaridade um fim a ser perseguido. Conforme Mendes (2008), a interdisciplinaridade vai além da justaposição ou adição e diferentes ângulos sobre determinados objetos de análises. As disciplinas se comunicam umas com as outras, confrontam e discutem suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte.

A experiência vivida pela assistente social residente em Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) trouxe ganhos para a categoria do Serviço Social da instituição na medida em que buscou socializar os conhecimentos adquiridos relacionados ao AVC e as especificidades próprias da rotina da unidade, em especial com as profissionais imbuídas da tarefa pedagógica de preceptoria de núcleo, além de fomentar discussões quanto a necessidade de constante aprimoramento para o exercício da prática profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste relato de experiência foi possível sistematizar a presença e a influência do profissional de Serviço Social em equipe multiprofissional em unidade de AVC em hospital terciário pertencente a rede SUS, assim como identificar obstáculos à uma compreensão social da saúde que valorize uma abordagem multidimensional.

O caráter médico-centrado fortemente presente na assistência hospitalar configura-se como um desafio para as demais profissões da saúde, especialmente para o Serviço Social que atuando nas expressões da questão social amplia o foco de seu olhar para além da doença, observando o cidadão hospitalizado inserido em um contexto social que determina o seu viver, adoecer e morrer.

Tomamos por base que toda atividade desenvolvida pelo Serviço Social deverá ser efetuada mediante uma finalidade previamente pensada, teoricamente fundamentada e eticamente orientada.

Entendendo como uma das profissões da área da saúde, inserida em contexto hospitalar de atendimento especializado em Neurologia, pressupõe que o Serviço Social tenha um conhecimento mínimo sobre esta área de atuação, tendo em vista, uma percepção mais ampliada quanto à política pública em que está inserida, um melhor entendimento com as equipes dos serviços, e a qualificação das orientações e encaminhamentos prestados aos usuários. Não sendo esta prestada de forma geral, sem levar em conta as particularidades dos sujeitos envolvidos. Acolher. Ter uma escuta atenta, qualificada e saber dar a resposta adequada.

No entanto, o conhecimento por si só, sem considerar habilidades e acima de tudo atitude, não transforma realidades. O compromisso ético-político com a qualidade dos serviços e com os usuários que deles precisam, deve ser a espectro para refletir as nossas ações, estando ou não descritas em procedimentos operacionais (SESA, 2013).

Com formação de caráter generalista e áreas de atuação em campos diversos, a profissional residente de Serviço Social vivenciou o desafio constante de qualificar sua

prática, com fins de aproximar cada vez mais do seu objeto de trabalho, as manifestações da questão social, que se apresentam das mais variadas formas, nos diversos contextos.

Refletir sobre as contribuições do fazer profissional do Serviço Social enquanto membro de uma equipe multiprofissional frente ao processo de saúde e doença vivenciados pelos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral assim como aos seus familiares, objetivo desse trabalho, exigiu não apenas avaliar limites e possibilidades impostas pelo próprio trabalho (jornada de trabalho, excesso de demanda, estrutura disponível, o que de nós é esperado pelo empregador, o Estado, por outros profissionais de saúde, pelos usuários dos serviços), mas também as respostas que conjuntamente a categoria oferece.

Do ponto de vista individual, a experiência representou um enorme crescimento profissional e pessoal. Foram construídos novos conhecimentos específicos da Neurologia e do próprio fazer profissional do Serviço Social. Acumuladas experiências e desenvolvidas habilidades com atividades antes pouco realizadas. Por outro lado, a inserção na unidade de AVC propiciou uma maior aproximação com as demais categorias profissionais, que resultou em ganhos para a categoria do Serviço Social, no que diz respeito ao maior reconhecimento quanto ao fazer profissional.

Ganhos para a equipe multiprofissional que acrescentou aos seus saberes, conhecimentos de ordem social e de direitos, podendo encaminhá-los responsabilmente. Assim como para os usuários que passam a contar com a presença constante do profissional de Serviço Social e orientações mais precisas quanto aos seus direitos e meios de acioná-los. Essas reflexões, no entanto, não tem a pretensão de esgotar o assunto proposto, mas ao contrário trazer a luz, argumentos para discussão, de forma a estimular novas pesquisas no campo estudado, qualificando cada vez mais o assistente social no campo da saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada**. 2004. Disponível em: http://www.heab.fmrp.usp.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humaniza%C3%A7%C3%A3o/Clinica%20Ampliada.pdf. Acesso em: 25 julho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Visita aberta e direito ao acompanhante. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf. Acesso em: 25 julho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências. 2012. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>. Acesso em: 12 julho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 664**, de 12 de Abril de 2012. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_trombolise_avc_isq_agudo.pdf. Acesso em: 12 julho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 12 julho 2018.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Manual Operacional de Serviço Social do HGF**: a equipe de

saúde a caminho da transdisciplinaridade. Fortaleza, 2002. 128 p.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Manual Operacional de Serviço Social:** Uma proposta de “padronização” de procedimentos. Fortaleza, 2012.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço Social:** experiência de construção coletiva na rede de Atenção à Saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, 2014. 36 p.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **SESA apresenta e avalia epidemiologia do AVC no Ceará. 4 de maio de 2012.** Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2012/05/04/sesa-apresenta-e-avalia-epidemiologia-do-avc-no-ceara/>. Acesso em: 15 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social.** Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.** Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS nº 383,** de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS nº 493,** de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

COSTA, L.F.A; NOGUEIRA, M. S. L.; SILVA, A.R.A. **Planejamento estratégico e Serviço Social em Unidade terciária de saúde:** experiência do Hospital Geral de Fortaleza. In:

COSTA, L.F.A; RIBEIRO, H.M.C.B. (Org.) **Política de saúde e Serviço Social:** contradições, ambiguidades e possibilidades. Fortaleza: EdUECE, 2017. 310 p. Disponível em: http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Poli%CC%81tica%20de%20Sau%CC%81de%20e%20Servic%CC%A7o%20Social_Marc%CC%A7o13.pdf. Acessado em: 13 jun. 2018.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências.** João Pessoa; tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. – Brasília: MMA, 2006. Disponível em: https://www.mma.gov.br/estruturas/168/publicacao/168_publicacao30012009115508.pdf. Acessado em: 20 julho 2018.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A.E. et al. **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho

profissional, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf. Acessado em: 20 jul. 2018.

KUCHEMANN; B. A. Envelhecimento populacional. Cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**. Volume 27, nº 1. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010. Acesso em: 10 jul. 2018.

MANIVA, S. J. C. de F. **Elaboração e validação de tecnologia educativa sobre Acidente Vascular Cerebral para prevenção da recorrência**. 2016. (Doutorado em Enfermagem) Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21580/1/2016_tese_sjcfmaniva.pdf. Acesso em: 15 jul. 2018.

MENDES, J.M.R.; LEWGOY, A.M.B.; SILVEIRA, E.C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. In: **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre. Volume 1, nº 1, pag. 24-32, 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/3864/2957>. Acessado em: 25 jun. 2018.

NETTO, J.P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: MOTA, A.E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf. Acessado em: 20 jul. 2018.

SPENCE, J. D.; BARNETT, H. J. M. **Acidente Vascular Cerebral**. Prevenção, tratamento e reabilitação. Porto Alegre: AMGH, 2013. 306 p.