



Serviço Social e Política de Atenção à Urgência e Emergência no SUS: a experiência do HU-UFSC

Roberta Adamoli Santin Leal
Franciele Lopes Alves
Arnaldo Xavier
Patricia Mara Machado
Patricia da Silva Caetano

Resumo

Resgata elementos para compreender a dinâmica de atenção à saúde em urgência e emergência no âmbito do SUS a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências. Apresenta discussão sobre o Serviço Social inserido num serviço desta natureza e em serviço de saúde de modo geral, ainda, a proposta de trabalho do Serviço Social desenvolvida na Emergência Adulto do HU-UFSC.

Palavras-chave: Urgência e Emergência; Saúde; Serviço Social; HU-UFSC.

Abstract

Rescues elements for understanding the dynamics of health care in emergency care in the SUS from the National Emergency Care. Presents discussion on Social Work inserted into a service of this nature and health services in general, and the proposal of Social Work developed in the Adult Emergency HU-UFSC.

Keywords: Urgency and Emergency, Health, Social Work; HU-UFSC.

1. Introdução

O presente artigo tem como objetivo apresentar a experiência de trabalho do Serviço Social no serviço de Emergência Adulto do HU-UFSC a qual também compreende a formação multiprofissional em nível de especialização por meio de Programa de Residência. Parte-se do entendimento que discutir a atuação profissional num serviço desta natureza requer pensar num conjunto de condições que informam o processamento da ação (IAMAMOTO, 2012), entre as quais considerando os limites do presente trabalho serão abordadas algumas que tem incidência imediata para compreender esse espaço sócio-ocupacional e nele o trabalho do assistente social.

Nessa direção, ao avaliarmos a relevância de compreender a dinâmica institucional e a organização da oferta dos serviços de urgência e emergência em saúde no contexto de rede, apresentaremos algumas das regulamentações e, de forma breve, uma discussão acerca das demandas e necessidades que a população apresenta a esses serviços, face a sua constituição plurifatorial e a visibilidade das contradições entre o marco institucional e o contexto do acesso e uso desses serviços, circunscritos a um sistema que não supera a fragmentação da atenção. Pode-se pensar ainda no papel central desses serviços na resolução das necessidades de saúde da população. O número crescente de atendimentos de urgência e emergência realizados no Hospital Universitário da UFSC dão dimensão dessa realidade: em 2010, ao total, foram atendidas 71.210 pessoas, sendo uma média de 5.934 atendimentos mensais e 1.944 internações. Em 2011 esse número chegou a 76.587 atendimentos, em média 6.382 atendimentos mensais e 2.463 internações. Em 2012 o total foi de 82.617 atendimentos, 6.885 atendimentos mensais em média e 3.842 internações.

De forma concisa são resgatados pontos do debate acerca do Serviço Social no campo da saúde e dos serviços, entendendo a necessidade de abarcá-los como patamar para, ao fim, realizarmos o relato de experiência de trabalho no HU-UFSC.

2. Urgências e Emergências em Saúde: políticas de atenção no SUS

Os primeiros serviços de atenção à emergências em saúde no Brasil são datados do início do século XX (LOPES, 2009) e o estabelecimento de normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências passa a ganhar ênfase praticamente um século após, destacadamente no ano de 2002 com a Portaria GM 2048/2002 (BRASIL, 2006), que consiste no regulamento técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência e normatiza as ações em âmbito pré e

intra-hospitalar; e mais recentemente quando é instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências – Portaria GM 1600/2011¹ (BRASIL, 2006; 2011).

Na perspectiva de estruturar uma rede de serviços de cuidados integrais às urgências, a Portaria 1600/2011 (BRASIL, 2011) estabelece como componentes dessa rede: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar. O Componente Hospitalar contempla as portas hospitalares de urgência, as enfermarias de retaguarda, os leitos de cuidados intensivos, os serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

A Portaria 2048/2002, que institui o regulamento técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência, prevê a classificação das unidades de atendimento em urgência e emergência em dois tipos: Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência e Unidades de Referência. As Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência são divididas em dois tipos: Tipo I e Tipo II. As unidades Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência ao primeiro nível de assistência da média complexidade. As Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade.

As Unidades de Referência são aquelas instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência de média complexidade de terceiro nível e à alta complexidade. Seu credenciamento segue capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. As Unidades de Referência também são divididas em tipos, como segue:

- a) Tipo I: são instaladas em hospitais especializados e efetuam atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia ou ortopedia ou cardiologia;

¹ A Portaria GM 1600/2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, revogando a Portaria GM 1863/2003. Além das Portarias ministeriais mencionadas, a política compreende outras portarias ministeriais publicadas entre 2003 e 2011 (BRASIL, 2006; 2011; 2011a): Portaria GM 1864/2003, que institui o SAMU; Portaria 2072/2003 que institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências; Portaria 1828/2004 que trata do incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional; Portaria 2420/2004 que determina a constituição de Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS para abordagem dos episódios de morte súbita; Portaria 2657/2004 que define as atribuições gerais e específicas das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais do SAMU; Portaria 2395/2011 que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS.

b) Tipo II: são aquelas instaladas em hospitais gerais; visa atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica;

c) Tipo III: estão instaladas em hospitais gerais e efetuam atendimento de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica.

Como orienta a Política, o funcionamento desses serviços requer uma equipe multiprofissional mínima indispensável, presente e capacitada para atendimento às urgências e emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional. No que concerne ao assistente social, verifica-se que nos serviços pré-hospitalares fixos o trabalho do assistente social pode ser oferecido de acordo com a definição do gestor local ou regional. Também prevê-se a partir da Política que as Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II devem ter o assistente social como profissional da equipe mínima e, nas Unidades de Referência, os referidos hospitais devem contar com o profissional da área, que não precisam ser exclusivos da Unidade.

Ainda como preconiza a Política, a organização dos serviços tem como horizonte a garantia da universalidade, equidade e a integralidade no atendimento (BRASIL, 2006), o que torna desafiador relacionar o texto da lei às atuais condições de acesso e uso desses serviços no âmbito do SUS, caracterizados pela “superlotação, escassez de recursos humanos e materiais, inadequação entre a oferta e a demanda de cuidados médicos de urgência”. (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 13).

Entre as inúmeras considerações que se pode fazer acerca das referidas características, cabe refletir sobre as diferentes demandas e necessidades de saúde que se apresentam aos serviços de emergência que vem lhe exigindo constituir-se *locus* de respostas a diferentes necessidades de saúde face seu potencial de construir sólida junção na rede de cuidados em saúde e de intervenção resolutiva em situações de natureza física, psíquica e social (ESTELLITA-LINS, 2010).

A pesquisa realizada por Caetano (2012) tem como preocupação compreender as demandas e necessidades que se apresentam nos serviços de urgência e emergência em caráter plurifatorial e como expressão de distintas situações de urgências e emergências, entre elas as relacionadas a situação social dos usuários. No entanto, conforme a autora, apesar do crescente reconhecimento do caráter plurifatorial, os serviços de emergência permanecem funcionando a partir de um rol de demandas consideradas legítimas, o que a cada dia é tensionado nos serviços dada a variedade de demandas e necessidades apresentadas por usuários e famílias compatíveis com a feição em que se apresenta a questão social na contemporaneidade. Segundo Giglio-Jacquemot (2005, p. 135) “profundamente polissêmica e ancorada na complexidade do social, a urgência dificilmente se deixa encerrar dentro dos limites biológicos nos quais as ciências médicas tentam legitimamente circunscrevê-la diante de sua perspectiva e de seus objetivos”.

Refletir sobre o trabalho do assistente social nos serviços de urgência exige uma compreensão ampliada do que é urgência e emergência, particularmente no contexto do alargamento que a realidade sócio-sanitária impõe e ressoa em torno de uma proposta de atuação integral, pautada na interdisciplinaridade e intersetorialidade, possibilitada pela composição cada vez mais variada de profissionais nas equipes dos serviços de emergência. Ao trabalho do assistente social, e de uma equipe multiprofissional (psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, entre outros) levanta-se a necessidade de superar limites colocados por instituições e por profissionais que operam ainda de forma tradicional, particularmente sobre a visão do que é o objeto de intervenção das profissões de outras áreas e as possibilidades da atuação integrada, conseqüentemente superar dinâmicas tradicionais de trabalho.

3. O Serviço Social nos Serviços de Saúde

No seu cotidiano profissional o assistente social é chamado a intervir no âmbito das políticas sociais. No campo da saúde não é diferente. No entanto, é necessário que o disponha do domínio de ferramentas que o qualifiquem a pensar sua prática, analisar a realidade na qual se insere, propor alternativas, construindo um novo perfil profissional “afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas mediações macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas” (IAMAMOTO, 2001, p. 49).

O assistente social pode ser definido como um trabalhador assalariado com qualificação de nível superior que, enquanto categoria profissional, possui um direcionamento ético-político. Como analisa lamamoto (2012, p. 416) deste fato surge uma tensão entre

projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, às quais socialmente forjadas a subordinar-se, ainda que coletivamente possam rebelar-se.

A tensão aqui discutida é qualidade intrínseca presente na relação de objetivos delimitados pelo projeto ético político *versus* a condição de assalariamento. Deste processo apontamos para o fator autonomia, questão importante em qualquer *lócus* profissional, que precisa ser problematizado no serviço hospitalar. lamamoto (2012) apresenta essa questão por considerar a autonomia dos assistentes sociais restrita devido à particularidade do trabalho assalariado *versus* a busca pela materialização do seu projeto ético-político, contradição essa de assalariamento que o assistente social comunga com todos os demais trabalhadores que vendem sua força de trabalho ao mercado.

A atuação profissional no âmbito de um serviço coloca uma questão relevante no que concerne a autonomia profissional, especialmente considerando as características do trabalho em serviço. Conforme Schutz (2009), pode-se considerar o trabalho em um serviço como trabalho em processo, de forma que potencializa a autonomia profissional. Nesse processo se considera essencialmente o protagonismo do prestador do serviço e do receptor deste mesmo. Para Merhy (2002), o contato entre um trabalhador e um usuário evidencia a produção de um processo de trabalho em saúde ou o “fazer a saúde”. Ainda, esses encontros entre usuários e trabalhadores contêm especificidades e características muito diversas. Envolvem o “trabalho morto” e o “trabalho vivo”: conhecimento tecnológico estruturado e trabalho criador no âmbito das chamadas tecnologias leves, respectivamente. As relações entre esses protagonistas apontam que as práticas são pouco estruturadas e estão permanentemente diante da constituição de um “espaço interseção” entre os envolvidos, onde a produção e o consumo da ação se fazem no mesmo momento.

O Serviço Social atua historicamente no âmbito da prestação de serviços de saúde e nesse campo a inserção dos profissionais ocorre em todos os níveis de atenção à saúde e em contextos multiprofissionais. Tal inserção, como resgatam Mioto e Nogueira (2009, p. 231), “tem sido marcada tanto pelos processos societários em curso como pela própria condição da profissão”.

Segundo as autoras, a ação profissional em saúde do assistente social na saúde assentam-se em três pilares: necessidades sociais em saúde, direito à saúde e produção da saúde.

As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde. (MIOTO E NOGUEIRA, 2009, p. 223).

Para as autoras, esses pilares alicerçam eixos argumentativos e contribuem para instrumentalizar os assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais, nos quais a doença e seu entorno alcançam dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos.

4. Serviço Social na Emergência Adulto do Hospital Universitário da UFSC

O exercício profissional na emergência HU perpassa diferentes expressões/manifestações da questão social e, concordando com Bravo e Matos (2006), requer atuar a partir da compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem e determinam no processo saúde-doença. A apropriação crítica desses aspectos na trilogia prevenção, promoção e cura no contexto das

manifestações individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e até mesmo populações como um todo, são também exigências para atuação profissional do assistente social na saúde (MIOTO e NOGUEIRA, 2009). Assim, considerando as particularidades institucionais do Hospital Universitário da UFSC, a ação do assistente social na unidade de Emergência Adulto² pauta-se no desenvolvimento de ações no âmbito dos Processos Sócio-Assistenciais, com ênfase sobre as ações socioeducativas e sócio-emergenciais, como definem Mioto e Nogueira (2009).

Parte-se da definição que as autoras elaboram acerca da ação profissional:

expressam, no momento em que se realizam, a apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos presentes na profissão e no campo das políticas sociais em determinado momento histórico, alinhados a diferentes projetos societários. São as ações profissionais, materializando os projetos profissionais, que colocam os diferentes projetos societários em movimento e, portanto, unicamente podem ser compreendidas processualmente, além de definidas a partir do contexto no qual se realizam e se articulam. (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, P. 234).

Considera a necessidade de estabelecer um processo de acolhimento dos usuários e famílias, com vistas a proporcionar efetivo acesso ao sistema de saúde e de proteção social. O acolhimento possibilita a construção da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, que concorrem para a não fragmentação e a não desarticulação do atendimento, com a execução de trabalho articulado e com a formação de uma rede de serviços (CHUPEL, 2008). Para a autora, há o favorecimento de um atendimento não apenas restrito aos serviços de saúde, mas também estendido a outros setores que participam da prestação da atenção ao usuário e família.

Nesse sentido, a inserção na rede de proteção social através de uma leitura da necessidade do usuário vai além do atendimento restrito à saúde. É quando o profissional procura resolver a situação do usuário, mediante diálogo, em setores como a assistência e previdência social, ou então nos recursos oferecidos pela comunidade, em ONG's, enfim, em quaisquer outros setores que ofereçam atendimento de acordo com a necessidade apresentada, todavia, sempre na perspectiva da garantia de acesso e usufruto dos serviços, de disponibilização dos recursos que o usuário necessita (CHUPEL, 2008).

É nesse contexto que consideramos o acolhimento como parte da dinâmica de trabalho do assistente social. Este constitui um momento de troca que visa à identificação das necessidades do usuário e a produção de vínculo com o profissional e com o serviço de saúde, bem como planejar as intervenções a serem realizadas em busca da resolutividade das demandas do usuário.

Assim, faz parte da dinâmica de trabalho do assistente social participar da Passagem de Plantão juntamente com outros profissionais que integram a equipe (enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, farmacêuticos; bem como os residentes que integram a residência multiprofissional). Esse é um dos momentos em que se identifica usuários ou famílias que serão

² O HU-UFSC é credenciado como Hospital Tipo II em Urgência.

atendidos prioritariamente, tendo em vista o repasse de informações das pessoas internadas, em observação e em atendimento. São, por exemplo, usuários a quem se dá prioridade para atendimento: idosos, pacientes dependentes para realizar atividades diárias, adolescentes e usuários em situação de rua. É também o momento em que os demais profissionais solicitam atendimento do Serviço Social a algum usuário ou família.

Utiliza-se a entrevista como importante instrumento técnico que permite o estudo da realidade do paciente e família. Nesse momento que se aborda questionamentos específicos, principalmente com os sujeitos/usuários que apresentam situação de vulnerabilidade social.

No que concerne as ações que se desencadeiam, cabe sinalizar que aquelas caracterizadas como sócio-emergenciais tem por objetivo atender as demandas que se revestem por um caráter emergencial que estão relacionadas às necessidades básicas dos usuários e suas famílias (MIOTO E NOGUEIRA, 2009).

Frisa-se que a atuação do Serviço Social não se resume na orientação/fornecimento de respostas imediatas para situações problema que são resultados de problemas sociais estruturais. Assim preconiza-se contribuir para a emancipação dos sujeitos, como escreve Martinelli (2011, p. 501):

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

As ações socioeducativas consistem em um movimento de diálogo/reflexão entre profissional e usuário que através da troca de informação, buscam alternativas e resolução para as demandas e necessidades. O trabalho perpassa questões da dinâmica institucional, incluindo os direitos dos pacientes e dos acompanhantes, orientações para acesso a direitos previdenciários e trabalhistas, como, por exemplo, o acesso ao auxílio-doença, orientações sobre serviços e direitos que estão incluídos na Política de Assistência Social, orientações para a obtenção de recursos para acesso a serviços e direitos no âmbito da própria saúde.

Além da atuação no âmbito da atenção direta ao usuário, no serviço de Emergência Adulto do HU são desenvolvidas atividades de preceptoria e tutoria de assistentes sociais residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Iniciado em 2010, o programa é formulado como estratégia de formação de profissionais das áreas de Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Farmácia e Análises Clínicas. Avalia-se que o Programa de Residência produz impactos e contribuições relevantes para a modificação da dinâmica dos serviços e, conseqüentemente, as ações desenvolvidas pelos residentes e preceptores em caráter multiprofissional e interdisciplinar, proporcionam e qualificam uma atenção integral às necessidades em saúde dos usuários e das famílias, interferindo na

reelaboração do modelo de produção em saúde em serviços e espaços ainda marcados por práticas cristalizadas.

5. Considerações Finais

Em suma, buscou-se apresentar os marcos legais dos serviços de urgência e emergência do SUS, o que aponta avanços acerca da institucionalidade nesse campo nos últimos anos, porém a realidade dos usuários e a organização dos serviços demonstra que muito ainda precisa progredir com relação aos componentes previstos que não estão devidamente implementados. Ainda, serviços de atenção básica que não se adéquam a proposta de acolhimento, tornando-se muitas vezes inacessíveis à população e famílias mais fragilizada (idosos, crianças, trabalhadores), considerando os muitos "Urgentes Pequenos Problemas" (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005) que representam ao usuário de sua família um perigo.

Aspectos como esses foram estudados por Caetano (2012, p. 42), que reflete acerca de suas ameaças a empregada doméstica, ao pedreiro, ao motorista, a mãe solteira com vários filhos que quando têm alterada a capacidade no desempenho das atividades diárias, e o problema de saúde cuja consequência é a perda do emprego. São segundo a autora fatores que aparentemente não se enquadram num conceito de urgência hegemônico, pautado no quadro biológico, "mas que para os usuários esses pequenos problemas começam a interferir no dia a dia e prejudicar suas atividades tornando sua solução uma urgência".

Ao Serviço Social, pensa-se no papel de desenvolver pesquisas que avaliem a real implementação da política de atenção às urgências de forma a integrar a produção de conhecimento às ações que tencionem a política vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político da profissão.

6. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.600, de 7 de Julho de 2011**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saudelegis>. Acesso em: 01/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2395, 11 de outubro de 2011.** <http://www.saude.gov.br/saudelegis>. Acesso em: 01/08/2011a.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al. **Saúde e Serviço Social**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CAETANO, P. S.. **O serviço de emergência sob o prisma da integralidade**: um olhar para além das demandas biomédicas. 2012. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Modalidade Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Área Urgência e Emergência) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis.

CHUPEL, C. P.. **Acolhimento e Serviço Social**: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis. 2008. 158 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis.

ESTELLITA-LINS, C.. A urgência/emergência como modelo crítico para a integralidade. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Org.). **Ética, técnica e formação**: as razões do cuidados como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

GIGLIO-JACQUEMOT, A.. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

IAMAMOTO, M. V.. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

LOPES, L.. **Atendimento de emergência no Brasil**. 2009. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Condutas de Enfermagem no Paciente Crítico). Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma.

MARTINELLI, M. L.. **Serviço Social no contexto hospitalar**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 497- 508, jul-set 2011.

MERHY, E. E.. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R.. Serviço Social e saúde – desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**, v. 11, n 25, p. 221-243, jul-dez. 2009.

SCHÜTZ, F.. **A intersectorialidade no campo da política pública**: indagações para o Serviço Social. 2009. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.