

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

MICELLI FERRIOLI VIDAL

SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: a identidade atribuída ao Assistente Social em uma Unidade de Pronto Socorro

**Uruguiana
2018**

MICHELLI FERRIOLI VIDAL

SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: a identidade atribuída ao Assistente Social em uma Unidade de Pronto Socorro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Urgência e Emergência.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosilaine Coradini
Guilherme

**Uruguaina
2018**

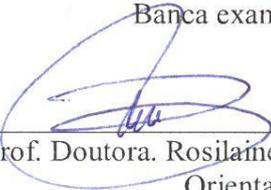
MICHELLI FERRIOLI VIDAL

SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: a identidade atribuída ao Assistente Social em Unidade de Pronto Socorro

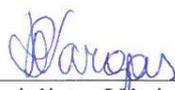
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Urgência e Emergência.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 07 de dezembro de 2018.

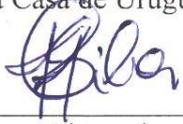
Banca examinadora:



Prof. Doutora. Rosilaine Coradini Guilherme
Orientadora
Unipampa



Especialista. Vânia Regina Dutra Vargas
Hospital Santa Casa de Uruguaiana



Prof. Doutor. Jorge Alexandre da Silva
Unipampa

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

V649s Vidal, Michelli Ferrioli
SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: a identidade atribuída
ao Assistente Social em uma unidade de Pronto Socorro / Michelli
Ferrioli Vidal.
33 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Especialização)-- Universidade
Federal do Pampa, RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, 2018.
"Orientação: Rosilaine Coradini Guilherme".

1. Serviço Social. 2. Competências Profissionais. 3.
Atribuições Privativas. 4. Identidade Profissional. 5. Urgência
e Emergência. I. Título.

O presente Trabalho de Conclusão de Residência intitulado “SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: a identidade atribuída ao Assistente Social em uma Unidade de Pronto Socorro” aqui apresentado no formato de artigo científico seguirá as normas da Serviço Social e Saúde, Campinas (SP) (Anexo 1).

SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: a identidade atribuída ao Assistente Social em uma unidade de Pronto Socorro

SOCIAL WORK IN THE HOSPITAL SCOPE: Assigned to the Social Worker in a Emergency Room

Michelli Ferrioli Vidal¹

Rosilaine Coradini Guilherme²

RESUMO

O presente texto tem como objetivo explicitar os atuais desafios à materialização das Atribuições Privativas e Competências Profissionais do Assistente Social em Unidades de Pronto Socorro no âmbito hospitalar, a fim de relacioná-los a identidade atribuída ao profissional de Serviço Social nestas unidades. A discussão tornar-se relevante na medida em que tenciona dar visibilidade ao trabalho do profissional de Serviço Social no âmbito hospitalar, especificamente em Unidades de Pronto Socorro. Neste sentido, o presente artigo levanta o seguinte questionamento: Quais são os atuais desafios à materialização das Atribuições Privativas e Competências Profissionais do Assistente Social em Unidade de Pronto Socorro no âmbito hospitalar? Neste sentido, o presente artigo foi elaborado com base em uma pesquisa documental, a qual se caracterizou como qualitativa de natureza exploratória, assim como se estruturou baseada no método dialético-crítico. Ao final do estudo foi possível evidenciar que o Assistente Social encontra diversos desafios em seu espaço sócio-ocupacional. Tendo que lidar com a contradição das ações médico assistenciais e as ações voltadas as proposições do Sistema Único de Saúde –SUS, que faz com que alguns profissionais que atuam em Unidade de Pronto Socorro não entendam o papel do profissional do Serviço Social. Em virtude disto o Assistente Social tem em seu contexto de trabalho uma realidade de resistência na defesa de sua identidade profissional, no intuito de materializar as suas Atribuições e Competências no âmbito hospitalar.

Palavras-chaves: Serviço Social. Competências Profissionais. Atribuições Privativas. Identidade Profissional. Urgência e Emergência.

ABSTRACT

The present text aims to explain the current challenges to the materialization of the Private Duties and Professional Competences of the Social Worker in Emergency Units in the hospital, in order to relate them to the identity attributed to the Social Work professional in these units. The discussion becomes relevant insofar as it intends to give visibility to the work of the Social Work professional in the hospital context, specifically in Emergency Relief Units. In this sense, this article raises the following question: What are the current challenges to the materialization of the Private Duties and Professional Competences of the Social Worker in a Emergency Unit within

¹ Assistente Social, Residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa- Unipampa (RS). Email: michellifvidal@gmail.com

² Assistente Social, Doutora em Serviço Social, Professora no Curso de Serviço Social e no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Universidade Federal do Pampa-Unipampa (RS). Email: rosilaineguilherme@unipampa.edu.br

the hospital? In this sense, the present article was elaborated based on a documentary research, which was characterized as qualitative of exploratory nature, as well as it was structured based on the dialectic-critical method. At the end of the study it was possible to show that the Social Worker encounters several challenges in his social-occupational space. Having to deal with the contradiction of the medical assistance actions and the actions directed to the proposals of the Unified Health System -SUS, which causes some professionals who work in the Emergency Room do not understand the role of the Social Work professional. Because of this, the Social Worker has in his work context a reality of resistance in the defense of his professional identity, in order to materialize his duties and competences in the hospital scope.

Keywords: Social Work. Professional Competences. Private Assignments. Professional Identity. Urgency and Emergenc.

1 INTRODUÇÃO

Para o funcionamento dos serviços de atenção a urgência e emergência, no qual se caracteriza o Pronto Socorro, requer uma equipe multiprofissional mínima indispensável, presente e capacitada nas suas áreas específicas de atuação profissional. E o Assistente Social deve compor essa equipe, pois é um espaço sócio-ocupacional onde se manifestam diversas expressões da questão social. E para que se realize uma atuação competente e crítica é preciso que o profissional esteja embasado no Projeto Ético Político profissional, no Código de Ética e na Lei de Diretrizes e Bases Curriculares e Lei de Regulamentação da profissão de 1993.

Este artigo objetiva explicitar os atuais desafios à materialização das Atribuições Privativas e Competências Profissionais do Assistente Social em Unidades de Pronto Socorro no âmbito hospitalar, a fim de relacioná-los a identidade atribuída ao profissional de Serviço Social nestas unidades. Foi elaborado a partir da experiência como assistente social residente junto ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana, especificamente na ênfase Urgência e Emergência, Turma 2017-2019.

Neste sentido, o presente estudo foi elaborado com base em uma pesquisa documental, a qual se caracterizou como qualitativa de natureza exploratória, assim como se estruturou baseada no método dialético crítico, o qual tem como categorias a historicidade, a totalidade e a contradição. Teve como referência documentos da categoria profissional de Serviço Social que norteiam a atuação dos assistentes sociais, quais sejam: A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993 que regulamenta a profissão. E os Parâmetros da Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, documento elaborado pelo CFESS no ano de 2010 para dar sustentação ao

trabalho e projeto profissional na política de saúde.

Além disso, se teve como referência os documentos desenvolvidos pela assistente social residente junto ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência, especificamente no campo de Prática do Pronto Socorro de um Hospital do município de Uruguaiana-RS. Entre os documentos desenvolvidos foram escolhidos os relatórios das atividades mensais, elaborados entre o mês de março de 2017 a fevereiro de 2018. A técnica de tratamento dos dados se norteou por meio da Análise de Conteúdo. O instrumento utilizado no processo de análise dos documentos envolveu um Roteiro Norteador, o qual agregou diversas questões norteadoras relacionadas ao objetivo geral do estudo. Também se utilizou, como suporte, a revisão bibliográfica, a fim de aprofundar algumas categorias centrais relacionadas ao estudo.

Espera-se enquanto resultado desvendar a identidade profissional do Assistente Social em Unidades de Pronto Socorro. Assim contribuindo para que os profissionais de serviço social visualizem o papel da categoria dentro dessas Unidades, além de destacar a importância do Assistente social como integrante da equipe multiprofissional que atua neste importante espaço sócio-ocupacional.

De acordo com Martinelli (2009), no âmbito do Serviço Social os Assistentes Sociais são profissionais que chegam o mais próximo possível da vida cotidiana das pessoas com as quais trabalham. Poucas profissões conseguem chegar tão perto deste limite de poder ter uma compreensão do contexto de vida do usuário. É, portanto, uma profissão que dá uma dimensão de realidade muito grande e que abre a possibilidade de construir e reconstruir identidades, a da profissão e a do indivíduo em um movimento contínuo. A identidade do profissional de Serviço Social é pensada de forma dialética, como categoria política, social e histórica, visando compreender o Serviço Social na conjuntura brasileira. Martinelli (2009), destaca que pensar dialeticamente é ver o processo histórico como dinâmico, sempre em movimento. Assim, mesmo que a identidade seja construída na prática ela é principalmente construída embasada na história da profissão.

A escolha pela temática do trabalho do Assistente Social em Unidade de Pronto Socorro no âmbito hospitalar é fruto de uma inquietação pessoal que surgiu durante a prática junto ao Programa de Residência Multiprofissional que tem como um dos espaços de prática Unidade do Pronto Socorro em hospital local. A partir da análise e reflexão durante a prática de como o Serviço Social vem se construindo na Unidade e o questionamento da forma como as atribuições e competências do profissional se materializam neste espaço sócio-ocupacional,

como também, o interesse surgiu pela escassez de publicações que abordem o Serviço Social no âmbito de Unidades hospitalares, principalmente de Urgência e Emergência.

Em vista disso, o presente artigo se encontra estruturado da seguinte maneira: inicialmente apresentará uma breve contextualização sócio-histórica da política de saúde e seus desafios no Brasil, a qual se faz necessária tendo em vista explicitar o contexto em que o assistente social se inseri enquanto profissional do Serviço Social no campo da saúde. Após discorre a respeito da trajetória do Serviço Social na saúde, principalmente sua inserção em instituições hospitalares, de modo especial as Unidades de Pronto. E, por último, traz a reflexão quanto aos resultados da pesquisa, ou seja, apresenta a discussão a respeito da questão da identidade atribuída ao profissional de Serviço Social no campo da saúde, especificamente em Unidade de Pronto Socorro.

1 A HISTÓRICIDADE DA CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Para se contextualizar historicamente a política de saúde no Brasil é preciso remeter aos anos 1960, período em que iniciaram movimentos importantes, os quais interferiram na construção da realidade que se visualiza nos dias atuais. Com os acontecimentos ao redor do mundo em virtude da intensificação da Guerra Fria, que culminou na divisão de países em capitalistas e socialistas, diversos países da América Latina passaram por golpes de Estado e instauração de regimes autoritários.

No Brasil, conforme Paiva e Teixeira (2014), no ano de 1964, menos de duas décadas depois de o país voltar a um regime democrático, um golpe militar deu início a um novo regime de exceção no país. Prometendo reinstaurar a ordem, fortalecer a economia e, em curto espaço de tempo, restaurar o regime democrático, porém os militares permaneceram no poder por mais de vinte anos.

O que teve como consequência um período sem a participação social, procurando destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideal socialista. Em suas reflexões Bravo (2001) aborda que, neste período, foram cassados e negados direitos políticos e civis a todos que se opunham ao regime. A economia estava voltada para o capital estrangeiro, a contenção de salários e proibição de greves, a política era voltada aos interesses do executivo. No que se refere a política de saúde o país estava em um sistema dividido, entre a medicina previdenciária, ações voltadas para os trabalhadores formais em sua grande parte localizadas em áreas urbanas e centrais e de responsabilidade dos institutos de Aposentadoria e Pensões-

IAPs dos quais os trabalhadores contribuíaam.

E a saúde pública, disponibilizada para a população em situação de pobreza e moradores da zona rural, sendo grande parte das ações desenvolvidas de cunho preventivo, administradas pelo Ministério da Saúde. “No que concerne à saúde pública, o período é marcado pela instauração de uma crise de recursos e pelo enfraquecimento da capacidade de ação do Movimento Sanitarista.” (PAIVA, TEXEIRA, 2014, p.18). Portanto, o cenário da saúde pública do país, durante o regime militar, era marcado pelo fortalecimento do setor privado na saúde, por meio de uma série de políticas públicas, pela criação de diversos órgãos federais, nos quais era preciso ser contribuinte para usufruir dos serviços, elevando o número de beneficiados das políticas de previdência e saúde. Desta maneira, o acesso aos serviços de saúde não funcionava de forma universal, era excludente a grande parte da população.

De acordo com Bravo (2001), a partir do final da década de 1970, a crise econômica internacional atingiu fortemente o país. E na saúde, a ausência de uma estrutura eficaz, que atendesse uniformemente toda a sociedade, motivaram a ida da população às ruas para reivindicar enquanto movimentos populares, entre outros, por melhores condições de vida, habitação e saúde. Dentro deste cenário, o regime ditatorial foi perdendo forças e, no fim dos anos 1970, o Ministério da Saúde retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. E nos anos 1980 instaura-se novamente a democracia na sociedade Brasileira, superando o regime militar. Os debates em torno da saúde ocorreram neste cenário de grandes transformações. Surgiram diversos movimentos populares que lutavam por mudanças políticas e sociais. E que se mobilizaram em prol de modificações no campo da saúde, entre eles o movimento da Reforma Sanitária impulsionado pela sociedade civil com a perspectiva de mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças abraçariam todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (BRAVO, 2001).

Logo, o Movimento da Reforma Sanitária orientava-se pela ideia de que todos têm direito à saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar este objetivo. Conforme Bravo (2001), um fato fundamental para a discussão da questão da Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília. Com a participação de entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e do parlamento. Essa promoveu a discussão e reformulação do Sistema Nacional de Saúde, refletindo a saúde como direito inerente a personalidade e à

cidadania.

A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. Outro processo importante que contribuiu para a implementação do SUS foi a promulgação da Constituição de 1988, que representou no plano jurídico a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. Fruto de um amplo movimento da sociedade em prol da redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988 introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (MACINKO, *et al.* 2012).

Entretanto, a implementação das diretrizes constitucionais que regulamentam o Sistema Único de Saúde – SUS foram instituídas somente em 1990 com as leis 8080 e 8142, encontrando a resistência do Estado, mercado e planos privados que se firmavam na mercantilização da saúde pela lógica capitalista. Porém, mesmo com a resistência de setores conservadores da sociedade, o SUS começou a se estabelecer e, assim, inclui no sistema público de saúde parcela da população que antes era excluída.

Ainda nos dias atuais o SUS encontra-se em constante construção, em virtude dos obstáculos que surgem como a falta de investimentos orçamentários. Tendo como base a publicação do ano de 2010 de autoria do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, intitulada Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, há que o SUS, desde a sua implementação, tem conseguido alguns avanços, embora a realidade em que se encontra está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta que foi desenvolvida pelo Movimento Sanitário e a prática do sistema vigente. O que está consolidando como um espaço de serviços destinados aos que não têm acesso aos sistemas privados. Não correspondendo ao objetivo proposto na Constituição Federal de 1988 de um sistema público e universal.

Mesmo com os programas de incentivo a promoção e prevenção, a saúde ainda está voltada para visão curativa da doença, desamparando os outros níveis de atenção. Como também a fragmentação e precarização de muitos dos serviços ofertados. O que fragiliza o sistema e faz com que a parcela da população que possui condições de procurar serviços privados procure estes ao SUS. Porém, mesmo sendo um modelo de saúde que não está imune a falhas, o SUS vem mudando a realidade da saúde da população brasileira, apoiando-se em

suas diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade e regionalização da saúde.

Assim, garantindo que todas as pessoas tenham direito ao acesso aos serviços de saúde em sua integralidade. Em virtude destes fatos pode-se ver o SUS como um sistema público, organizado e orientado no sentido do interesse coletivo. E, todas as pessoas, independente de raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia, a ele têm direito. O sistema público de saúde tem uma dimensão universal quando cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar.

Em concordância com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, esses serviços devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações em todos os níveis de complexidade.

O acesso da população aos serviços e a rede que os oferece deve seguir a organização destes níveis de atenção: primários, secundários e terciários. Nesta mesma ordem eles definem a complexidade do atendimento, serviço e capacidade tecnológica necessária para resolver os problemas de saúde. Ou seja, as demandas que não forem possíveis de serem resolvidas em níveis primários deverão ser referenciados para os serviços de maiores níveis e complexidade tecnológica e assim sucessivamente (BRASIL, 1990). Sendo esta organização em níveis necessárias para os serviços de saúde estejam vinculados entre si e desta forma integralizem o atendimento à população.

[...] todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2010, p. 2300)

Em vista disto, a atenção primária ou atenção básica consiste na oferta de serviços

abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado. Como também implementa ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. A atenção secundária é responsável por serviços de níveis intermediários como centros de especialidades, odontológicas, serviços de aconselhamento, centros de referência em saúde do trabalhador e serviços de reabilitação. Em 2008, a atenção secundária também passou a contar com as unidades de pronto-atendimento (UPA) que funcionam 24 horas e atende demanda de média complexidade e estabiliza e encaminha as demandas de alta complexidade para os serviços de referência (MENDES, 2010).

Consoante ao autor citado, a atenção terciária no SUS são os serviços especializados de alta complexidade, como cirurgias eletivas, tratamentos clínicos de acordo com cada especialidade. Prestados em sua grande maioria nos hospitais por serem os espaços com tecnologia especializada para esses atendimentos. Importante referir que no âmbito da assistência hospitalar se incluem Unidades de Urgência e Emergência.

Em conformidade com a portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, o atendimento a situações de urgência emergência são realizados nas Unidades, da mais simples a mais complexa, formando uma rede articulada e integrada. Os serviços hospitalares de urgência e emergência corresponde aos prontos-socorros, pronto atendimento, emergências hospitalares e emergências de especialidades. O Pronto Socorro sendo um destes espaços devem possuir estrutura para atendimento adequado às situações de urgência e emergência 24 horas por dia. Contando com material e equipamentos especializado para estes atendimentos, assim como deve contar com uma equipe multiprofissional que atende de forma integral à população que necessita do serviço. Equipe está a qual o Assistente Social pode compor, embora ainda encontre muitos desafios para conseguir executar seu papel dentro desta Unidade.

2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM UNIDADE DE PRONTO SOCORRO

Segundo Bravo (2006), o trabalho do Assistente social no âmbito da saúde surge quando a Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1948 começa a pensar nos hábitos da população e no quanto estes influenciam no processo de saúde/doença dos mesmos. Como também pela necessidade de um profissional que trabalhasse com a viabilização do acesso aos demais serviços e benefícios. Ideia que cresce a partir da reforma sanitária e a necessidade de priorizar a melhoria das condições de saúde da população. Assim como foi preciso reconhecer a saúde como direito

social universal, a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito.

Consequentemente, foi necessário reorientar o modelo de atenção, quanto os princípios da integralidade da atenção e igualdade, e desta forma pensar em um conceito de saúde ampliada. Nesse cenário de mudanças o Serviço Social também passa por um processo de revisão. O viés da profissão que teve sua consolidação no capitalismo monopolista nos anos 30. Como um recurso do Estado e empresários para o enfrentamento da Questão Social que era vista como questão moral, como um conjunto de problemas ligados a vida dos usuários que lhe impossibilitava de serem produtivos, sob a responsabilidade individual dos sujeitos que os vivenciam, embora situados dentro de relações capitalistas e que nesta conjuntura se manifestava em suas várias expressões, principalmente relacionadas nas condições objetivas de vida dos segmentos mais empobrecidos da população (YAZBECK, 2009).

Tendo como referência a linha de raciocínio da autora citada, o Serviço Social neste período se estrutura como ferramenta do Estado e das empresas visando à desmobilização da classe operária e a regulação das tensões entre as classes sociais. Assim transformando a questão social em problema de administração, desenvolvendo políticas e agências de poder estatal nos mais diversos setores da vida nacional. Deste ponto de vista, a compreensão da profissão na sociedade capitalista é o conceito de reprodução social que, na tradição marxista, se refere ao modo como são produzidas e reproduzidas as relações sociais nesta sociedade.

Porém, o Serviço Social passa a repensar a profissão após as mudanças vindas com o movimento da reforma sanitária e criação do SUS e à defesa do trabalho e dos trabalhadores, do amplo acesso à terra para a produção de meios de vida, ao compromisso com a afirmação da democracia, da liberdade, da igualdade e da justiça social no terreno da história. Nessa direção social, a luta pela afirmação dos direitos de cidadania, que reconheça as efetivas necessidades e interesses dos sujeitos sociais, é hoje fundamental como parte do processo de acumulação de forças em direção a uma forma de desenvolvimento social inclusiva para todos os indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2009).

Entretanto, para Bravo e Matos (2009), a atuação do Assistente social no projeto privatista baseava-se, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Por sua vez, as autoras ainda referem que no projeto da Reforma Sanitária, o qual se opõe ao projeto privatista, as demandas a serem atendidas eram as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a

realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. Compreender essa realidade pode oportunizar ao profissional de Serviço Social incorporar e aprimorar práticas que contribuam a favor do fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, com vistas a efetivar o direito social à saúde.

Posto isto, este movimento da reforma sanitária trouxe para a atuação do assistente social a perspectiva de trabalhar com demandas relacionadas a democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010). Em conformidade com Yamamoto (2009), foi no contexto de ascensão dos movimentos políticos das classes sociais, das lutas em torno da elaboração e aprovação da Constituição de 1988 e da defesa do Estado de Direito, que a categoria de assistentes sociais foi sendo socialmente questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade civil.

Impulsionando um processo de ruptura com o conservadorismo e exigindo novas respostas da categoria profissional. O que derivou em significativas alterações nos campos do ensino, da pesquisa, da regulamentação da profissão e da organização político corporativa dos assistentes sociais. Direcionando a atuação nas manifestações da questão social e suas expressões caracterizadas pelas múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações sociais, de gênero, características étnico-raciais, relações com o meio ambiente e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. A questão social é indissociável da sociabilidade capitalista e envolve uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas. Sendo a Questão Social o objeto de trabalho do Assistente Social, na saúde é o Assistente Social o profissional que atua em contraposição a essas expressões que influenciam no processo de saúde (IAMAMOTO, 2009).

A inserção do profissional no campo hospitalar, segundo Bravo (2004), parte da necessidade da ação profissional nos hospitais, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, em função da consolidação da Política Nacional de Saúde no País e ampliação dos gastos com assistência médica, pela Previdência Social. A intervenção do assistente social neste espaço sócio-ocupacional, tem como perspectiva fortalecer os vínculos familiares e realizar um trabalho de acolhimento com as famílias que estão vulnerabilizadas neste momento de internação e que adoecem junto com o familiar.

Como também prestar assistência humanizada, voltada para o paciente como um todo, dando ênfase nos serviços, estando atento para o cotidiano que envolve a família que tem um de

seus membros no âmbito hospitalar e, principalmente, na unidade de Pronto Socorro. É papel do assistente social também desmistificar os pré-conceitos que englobam a Unidade como forma de esclarecer a respeito dos atendimentos prestados neste espaço, a fim de que os usuários e a sua família disponham de informações suficientes para entenderem o funcionamento do serviço. Neste sentido, o assistente social exerce competências como o acolhimento das famílias, assim como a socialização de informações neste âmbito.

Também compete ao profissional de Serviço Social esclarecer ao paciente sobre sua condição de saúde, tendo como parâmetro os condicionantes sociais que influenciam o processo saúde-doença, a fim de fortalecer o usuário e a sua família, sem interferir na conduta de outro profissional. Cabe aqui ao assistente social ter como embasamento seu código de ética, respeitando os outros membros que compõem a equipe multidisciplinar que trabalha neste setor. De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2010), as principais ações que devem ser realizadas pelo profissional assistente social no âmbito da saúde, envolvendo neste contexto a Unidade de Pronto Socorro, consiste prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações; garantindo a efetivação de direitos dos usuários.

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; NOGUEIRA, 2009, p. 223).

Portanto, é preciso, por parte do profissional, identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas à construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção. Entendendo que saúde do usuário não se limita ao quadro biológico de doença pelo qual o mesmo se encontra. Na perspectiva de Dalmolin, *et al* (2011), o conceito de saúde não pode ser compreendido apenas como um fenômeno abstrato ou algo concreto ou atingível. E sim como um fenômeno ampliado que envolve modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade. É preciso entender o conceito de saúde vai além da sua dimensão biológica, para que não se tenha uma concepção fragmentada do ser humano, bem como o caráter

impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades.

Deste ponto de vista, pensando no conceito ampliado de saúde é que atua o Assistente Social, garantindo uma eficácia do tratamento durante e pós-internação. O profissional precisa realizar uma abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes, sendo possível realizar este trabalho com as famílias no momento da visita ao paciente. É necessário criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social, realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais. Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, combatendo a vulnerabilidade social, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Também é importante criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional. Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social. Nessa direção de entender a trajetória e o papel do Assistente Social na saúde, dentro do contexto hospitalar e principalmente nas Unidades de Pronto Socorro, ressalta-se a importância de o profissional estar inserido neste espaço.

Porém, apesar de muitos avanços no reconhecimento da profissão de seu papel pelas instituições e equipes profissionais. Ainda assim os profissionais do Serviço Social encontram muitos desafios no seu dia a dia de trabalho, para pôr em prática o projeto ético-político da profissão que, segundo Yazbek (2009), o projeto ético político corresponde ao processo histórico de construção da profissão e suas implicações éticas na profissão. Processo no qual os Assistentes Sociais devem apropriar-se para ter o reconhecimento de seu trabalho pelo demais profissionais que atuam em conjunto nos espaços em que os mesmos estão inseridos.

3 REFLEXÕES ACERCA DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADE DE PRONTO SOCORRO

Nesse item apresenta-se o processo e o resultado da análise, a qual se propôs a impulsionar

a reflexão quanto a identidade atribuída a profissão e dar maior visibilidade ao trabalho da categoria dos profissionais Assistente Sociais em Unidade de Pronto Socorro. Neste sentido, parte-se da concepção do Serviço Social enquanto profissão regulamentada e inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho, o qual possui um embasamento em seu Projeto Ético político profissional, baseado nas legislações de Código de Ética, Lei de Diretrizes e Bases Curriculares e Lei de Regulamentação da profissão.

Em vista disto, é fundamental que se reconheça a importância da profissão e de se reafirmar a identidade da profissão. Pois, “[...] a ausência de identidade profissional fragiliza a consciência social da categoria profissional, determinando um percurso alienado, alienante e alienador de prática profissional” (MARTINELLI, 1997, p.17). Ou seja, a falta de clareza do papel do assistente social fragiliza a atuação do profissional, podendo levar o mesmo a ficar preso a cumprir demandas e competências impostas em seus espaços socio-ocupacionais, como por exemplo, em Unidades de Pronto Socorro e, desta forma, fragmentando a identidade profissional.

Segundo os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010), o profissional mesmo em alguns momentos utilize-se de disciplinas que também fazem parte de outras profissões. Porém, no cotidiano de seu trabalho não deve se distanciar do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. Assim, ressalta-se a importância e interesse em compreender quais são as atribuições e competências do Assistente Social dentro do Pronto Socorro e, desta forma, revelar e problematizar quanto a identidade da profissão dentro deste espaço.

Expondo que as atribuições privativas são as demandas que podem ser realizadas apenas pelos profissionais da área, de acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão, nº 8.662, de 7 de junho de 1993, somente poderão exercer a profissão de assistente social os possuidores de diploma de graduação em Serviço Social, expedido pelo MEC. Assim como é imprescindível para exercer a profissão o registro profissional no Conselho Regional de Serviço Social, sendo esse uma das instâncias representativas da categoria profissional. E são esses profissionais que podem executar as demandas privativas a profissão.

Na perspectiva da Lei de regulamentação da profissão e dos Parâmetro de atuação de Assistentes Sociais na Saúde articuladas com Código de Ética do Serviço Social, as competências do Assistente Social caracterizam-se pelas ações que o profissional pode realizar no cotidiano de seu trabalho, porém contemplam outras profissões além da atuação do Serviço Social, ou seja,

demandas que podem ser realizadas pelos profissionais, mas que também podem instrumentalizar a atuação de outros profissionais. O quadro-1 abaixo explana quanto aos dados, tendo como questões norteadoras: Quais as atribuições privativas do Assistente Social na Política de Saúde. E, quais as competências do Assistente Social na Política de Saúde. A partir desta análise as atribuições privativas e competências dos profissionais são:

QUADRO 1 – ATRIBUIÇÕES PRIVATIVAS E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS.

Atribuições privativas do Assistente Social na Política de Saúde	Competências do Assistente Social na Política de Saúde
Coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social.	Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.
Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social.	Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares.
Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social.	Encaminhar e orientar indivíduos e grupos de diferentes quanto a segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.
Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social.	Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais.
Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social.	Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais.
Planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social.	Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos.	Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária.
	Construir o perfil socioeconômico, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção e subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde.
	Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação.
	Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação.
	Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares.
	Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais.
	Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.
	Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação.

Fontes: Sistematização própria, a partir de CFESS (2010) e BRASIL (1993).

Foram elencadas no quadro acima apenas as demandas percorridas na Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que regulamenta a profissão, também abordadas nos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, que contemplam a atuação do Assistente Social em uma Unidade do Pronto Socorro, compreende-se que estas ações estão ligadas a defesa das políticas públicas de saúde, para a garantia dos direitos sociais, para o fortalecimento da participação social e das lutas dos sujeitos sociais, assim como para a viabilização do Sistema Único de Saúde e o fortalecimento do próprio projeto ético-político do Serviço Social brasileiro.

Os Parâmetros de atuação de Assistentes Sociais na Saúde, CFESS (2010), discorre que as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras.

No exercício de articulação com as ações visualizadas e pontuadas em relatórios mensais de 03/2017 a 02/2018 elaborados pela Assistente Social residente que teve como espaço de prática uma Unidade de Pronto Socorro. Tendo como questões norteadoras para reflexão os seguintes questionamentos: Quais as demandas do Assistente Social que são visualizadas dentro da Unidade de Pronto Socorro, quais as competências que são direcionadas para o Assistente Social dentro da Unidade de Pronto Socorro. E o questionamento se o Assistente Social consegue realizar suas atribuições privativas dentro da Unidade de Pronto Socorro. Diante disto o quadro 2 abaixo contempla as atribuições privativas e competências do Assistente Social em uma Unidade de Pronto Socorro:

QUADRO 2- RELATÓRIOS MENSAIS DE PRÁTICA

Atribuições privativas do Assistente Social na Política de Saúde.	Competências do Assistente Social na Política de Saúde.
Desenvolvimento de estudo social, partindo das entrevistas sociais.	Contato com o Conselho Tutelar Municipal para notificar quanto abuso e violação de direitos da criança, repassando ao órgão informações e dados coletados a partir do atendimento.
Elaboração de relatório social, elencando as ações desenvolvidas pelo Assistente Social no atendimento ao usuário.	Busca ativa de familiares e acompanhantes de usuários que deram entrada no pronto socorro sozinhos ou trazidos pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência-SAMU.
	Orientação quanto e rotinas da instituição como horários de visitas.
	Orientação quanto a hospedagem para acompanhantes provenientes de outros municípios.
	Encaminhamento de pedido de alimentação, caso necessário, a cantina do hospital para familiares de usuários que residem em outras cidades e vieram ao município em que se localiza o hospital como acompanhantes do usuário.
	Encaminhamento de pedido de transporte a secretaria de saúde da cidade na qual reside o usuário, para usuário e acompanhante após alta para retorno a sua cidade.
	Auxílio no processo de internação de usuários que mesmo após a busca ativa de familiares e acompanhantes não se teve sucesso. Por ser possível o mesmo assinar a documentação quando está apto e orientado.

Acolhimento a usuários internados quando o mesmo encontra consciente, seus acompanhantes e a familiares.
Contato com a delegacia do município para relatar e buscar informações a respeito de usuário encontrado inconsciente e sem documentação.

Fontes: Relatórios Mensais de Trabalho da Assistente Social Residente – Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência – Unipampa, 2017-2018. Sistematização própria.

A partir destas ações elencadas no quadro 2 compreende-se que a atuação como Assistente Social residente neste espaço foi baseada atendendo em sua maioria demandas da quais podem ser competentes ao Serviço Social, porém não de atendimento exclusivo a profissão. O assistente social atua em garantia e defesa dos interesses e necessidades dos usuários, além de esclarecer sobre processos institucionais e a garantia de direitos. É um profissional que exerce o papel de mediador entre instituição e usuário, embora o que deva prevalecer seja as demandas do usuário, visando garantir qualidade no atendimento, realizando encaminhamentos pertinentes a necessidade apresentada pelos indivíduos, muitas vezes a profissional precisa lidar com os conflitos do que é de interesse da instituição e os direitos da população.

O Assistente Social encontra muitos desafios em seu cotidiano de trabalho considerando que, em geral, se estabelecem relações hierárquicas na qual muitas vezes prevalece o poder institucional representado, por exemplo, por setores de chefia. Assim como em decorrência da compreensão da chefia e dos demais profissionais que atuam na unidade a respeito do papel do Assistente Social. O reconhecimento e compreensão do papel do Assistente Social pela equipe multiprofissional que atua na Unidade é um grande desafio. São poucos os profissionais que conseguem compreender qual o trabalho que o assistente social deve realizar e entendem a identidade desta profissão.

Nesses espaços o objetivo profissional precisa se articular com os objetivos dessas organizações. Porém, é preciso que a categoria tenha apropriação do seu papel dentro dos espaços. Para que Assistente Social não reproduza em sua atuação um discurso voltado somente aos interesses da instituição onde atua. Entretanto, as demandas dos usuários se configuram como prioridade do trabalho do Assistente Social, considerando o seu objeto de trabalho – a questão social – além da intencionalidade do trabalho que particulariza a sua intervenção, ou seja, lhe atribuí identidade profissional.

O exercício profissional se realiza pela mediação do trabalho assalariado. Contudo, há um dilema posto, uma vez que o profissional dispõe de uma relativa autonomia na direção das ações

profissionais, reconhecida socialmente por possuir uma formação acadêmica de nível superior e de um aparato legal e organizativo condizente a uma profissão liberal (IAMAMOTO 2009). Por outro lado, ser um trabalhador assalariado, condicionando sua relativa autonomia ao poder de quem os emprega e às condições externas na condução de seu trabalho, assim como também limita a implementação de seu projeto profissional. A autora considera que, no cotidiano de trabalho, essa dificuldade tende a induzir os profissionais a um distanciamento entre projeções e realidade, entre a teoria e a prática.

No contexto do espaço socio-ocupacional do Pronto Socorro, as demandas atendidas pelas Assistentes Sociais não fogem ao que condiz o projeto ético político da profissão. Entretanto, no exercício de mediação com a realidade concreta do cenário de prática, isto acontece em muitos momentos pelo posicionamento das Assistentes Sociais e o comprometimento das mesmas em não ferir o projeto ético político da profissão. Pois muitas vezes são delegadas pela equipe tarefas que não competem ao profissional do Serviço Social, e o que precisa ser articulado pelas profissionais com o restante da equipe multiprofissional e elas mesmas acabam orientando a equipe qual profissional é responsável por aquela função e informando que não as compete.

Da mesma forma em que a atuação do profissional de Serviço Social também é determinada pela tensão existente entre as ações tradicionais do modelo médico assistencial. Ou seja, a organização da Unidade em sistema de coordenação de chefias médico centradas na assistência clínica ao paciente, sendo assim o setor de serviço social não é coordenado por uma Assistente Social e sim por uma profissional da enfermagem. Desta forma, o profissional responsável pelo setor não possui a compreensão apropriada para coordenar o trabalho das Assistentes Sociais. E as proposições contidas no Sistema Único de Saúde, que demandam mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política e exigem novas formas de organização do trabalho em saúde.

As circunstâncias em discussão é a forma como está se estabelecendo a relação de objetivos delimitados pelo Projeto Ético-Político versus a condição de assalariado. A autonomia profissional é fragilizada por consequência de uma organização institucional na qual os Assistentes Sociais inseridos nestes espaços são submetidos a normas e regras por serem trabalhadores contratados pela instituição. O que faz com que a atuação profissional seja uma luta diária de enfrentamento, resistência e de reafirmação da identidade da profissão e de seu Projeto Ético-Político.

Nesta conjuntura, o Assistente Social intervém em uma realidade diária de disputa e conflitos entre projeto ético-político da profissão e os processos antagônicos da saúde e dos

serviços no cotidiano de trabalho. Costa (2000) aponta que a categoria encontra diversos desafios nesse contexto, dentro dos serviços de saúde, o profissional precisa considerar um sistema que ao mesmo tempo está organizado de forma a atender algumas reivindicações históricas do Movimento Sanitário. Ou seja: a universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de participação da comunidade, mas que ainda não conseguiu superar algumas contradições, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade dos atendimentos, a burocratização e a prevalência da assistência médica curativa.

Portanto, é necessário criar estratégias para esclarecer aos demais profissionais que compõem as equipes da Unidade quanto às atribuições e competências do Assistente Social. Em exemplo: conversas, capacitações com as equipes e principalmente respaldar-se na tríade - formação, competências e atribuições do Serviço Social.

No que se refere à divisão social e técnica do trabalho do Assistente Social, Guerra (2009) destaca que as instituições vêm requisitando que o profissional dê respostas imediatas e soluções às demandas que lhe são direcionadas. Para fazer frente a essas requisições e seguir a direção social posta pelo Projeto Ético-Político, o trabalho do Assistente Social precisa estar subsidiado por fundamentos teórico-metodológicos, em conhecimentos interventivos, em habilidades técnico-profissionais e respaldado na perspectiva ético-política e estratégica de seu trabalho.

Essa inserção na divisão sócio-técnica do trabalho propicia ao profissional de Serviço Social ocupar seu espaço na estrutura sócio-ocupacional, onde o papel de mediação entre os diferentes interesses de classes atribui à sua intervenção um caráter político. Ainda a respeito de estratégias de enfrentamento dos desafios, precisa-se trabalhar politicamente com a categoria para que o profissional do Serviço Social tenha clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários e profissionais. O aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios do projeto ético-político. Assim como, trabalhar dentro da categoria a ampla autonomia no exercício da profissional, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo visou contribuir com as discussões acerca da identidade profissional do Assistente Social em Unidade de Pronto Socorro. O interesse pelo tema é fruto de uma

inquietação pessoal que surgiu durante a prática, enquanto residente vinculado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa que tem como um dos espaços de prática Unidade do Pronto Socorro em um hospital local. A partir da análise e reflexão durante a prática de como o Serviço Social vem reafirmando a sua identidade profissional na Unidade e o questionamento da forma como as atribuições e competências do profissional se materializam neste espaço sócio-ocupacional, como também, o interesse surgiu pela escassez de publicações que abordem o Serviço Social no âmbito de unidades hospitalares principalmente de Urgência e Emergência.

Neste sentido, realizou-se primeiramente, no âmbito do presente estudo, uma contextualização socio-histórica da política da saúde no Brasil, em destaque o movimento da Reforma Sanitária que surgiu em período do projeto privatista de cunho neoliberal, ligado ao período da ditadura militar. A Reforma Sanitária e os movimentos que se sucederam trazem a saúde como um direito de cidadania fundamental. Entre outros fatores importantes abordados está a construção do Sistema Único de Saúde- SUS que ainda com suas fragilidades trouxe muitos avanços a saúde.

O Serviço Social vivenciou um processo de renovação concomitante a Reforma Sanitária. Direcionando sua atuação e viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos adquira visibilidade. A partir desse movimento o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica. Porém, o que pode se visualizar a partir do presente estudo é que ainda nos tempos atuais os profissionais inseridos nos espaços de saúde encontram diversos desafios na sua atuação profissional e intervenção nos espaços de saúde. Entendendo que o mesmo é um trabalhador assalariado que contribui para a promoção do acesso da população aos serviços sociais.

No âmbito do espaço socio-ocupacional denominado Unidade de Pronto Socorro, a atuação do profissional de Serviço Social é determinada pela contradição entre as ações que são centradas na visão médico assistenciais e as ações dos profissionais voltadas as proposições do Sistema Único de Saúde. O que faz com que alguns profissionais que compõem a equipe, muitas vezes, não consigam visualizar qual é o papel do Serviço Social na Unidade. Este conflito traz uma realidade de resistência por parte dos Assistentes Sociais que atuam na Unidade, os quais precisam muitas vezes se posicionar frente a equipe e dialogar quanto as suas atribuições e competências.

Por isso, é necessário considerar as particularidades do trabalho desse profissional e sua forma de inserção na divisão social e técnica do trabalho, bem como indicar as tensões existentes

na relação entre o projeto ético-político profissional e a limitação de suas ações, por meio da condição de trabalhador assalariado que faz parte uma equipe multiprofissional, sendo que muitas vezes são impostas regras e normas institucionais.

Pensando em estratégias para combater os obstáculos frente a atuação profissional os Assistentes Sociais estão desafiados a lutar pela defesa da democracia, das políticas públicas e de sua identidade profissional. Também é necessário intervir com os demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional da Unidade e dialogar com os mesmos quanto a identidade do Serviço Social, considerando as suas atribuições e competências. E, para isto, seus instrumentos e referências técnico-operativas, fundamentação teórica e embasamento do projeto ético político da profissão são de extrema importância. É preciso assegurar prioridades para discussões a respeito da intervenção profissional. Assim como é necessário realizar o fortalecimento da categoria profissional para lutar pelo reconhecimento da profissão.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 128, n. 182, 1990. Disponível em: > http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm<. Acesso em: 9 out. 2018.

BARROCO, Maria Lucia Silva; HELENA, Terra Sylvia. **Código de ética do (a) assistente social comentado**. Cortez Editora, 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política social e democracia**. São Paulo, Cortez, 2001.

_____. Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, v. 3, p. 88-110, 2006. Disponível em: >http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf<. Acesso em: 12 set.2018.

_____. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. CFESS. IN_ Direitos sociais e competências profissionais. Brasília, **CFESS**, p. 411-428, 2009. disponível em: > <http://cressrn.org.br/files/arquivos/9IN2mnNP98m5WmPos4l3.pdf><. Acesso em: 11. Out 2018

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético

Político Serviço Social: Elementos para o Debate. In: **Saúde e Serviço Social** BRAVO, Maria, Inês Souza et al (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 4, p. 197-217, 2006. Disponível em: >http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf<. Acesso em: 29 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei 8662/1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)**. Brasília, 1993. Disponível em: <www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.

_____. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde. **Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)**. Brasília, 2010. Disponível em: >http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf< acesso em: 7 de agos. 2018.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. A implantação do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1999. Disponível em: >http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf<. Acesso em: 22 set. 2018.

COSTA, Maria Dalva Horácio da O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 62, 2000.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin, *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 389-94, 2011. Disponível em: ><http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a23><. Acesso em: 23 out. 2018

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. IN_. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: **CFESS/ABEPSS**, p. 701, 2009. Disponível em: ><http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/C8pQHQOyl68c9Bc41x5Y.pdf><. Acesso em: 12 nov. 2018

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na cena contemporânea. IN_. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: **CFESS/ABEPSS**, p. 15-50, 2009. Disponível em: ><http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/O%20Servico%20Social%20na%20cena%20contemporanea%20Marilda.pdf>< Acesso em: 11 nov. 2018

MACINKO, James; BAHIA, Ligia; ALMEIDA, Celia; PAIM, Jairnilson. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012. Disponível em: >
http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material2_sistema_de_saude_brasileiro_historia_avancos_e_desafios_Paim_et_al.pdf,< Acesso em: 02 out. 2018

MARTINELLI, Maria Lucia. **A nova identidade profissional. Serviço Social Hospitalar**. Coordenadoria do Hospital das Clínicas, FMUSP. São Paulo. vol. 4, no 1/97. p. 21-25. São Paulo. 1997.

_____. **Serviço Social: identidade e alienação**. Ed. 13. São Paulo. Cortez, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro**, v.15, n.5, Agos. 2010, p. 2297-2305. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2018

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde—desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**, v. 11, n. 25, p. 221-243, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, 2014. Disponível em: >
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18594><. Acesso em: 16 set. 2018

VIDAL, Michelli Ferrioli. **Relatórios Mensais de Trabalho da Assistente Social Residente-Residência Integrada em Urgência e Emergência / 2017 - 2018**. Uruguaiana: Unipampa, 2018 (Trabalho não publicado).

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. IN__ **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CFESS, ABEPSS**. Brasília-DF, 2009. Disponível em: >
<http://cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0y.pdf><. Acesso em: 26 nov. 2018

ANEXO-1

Licença de uso exclusivo para Petrobrás S/A
Cópia impressa pelo Sistema Target CENWeb



**ABNT - Associação
Brasileira de
Normas Técnicas**

Sede:
Rio de Janeiro
Av. Treze de Maio, 13/28º andar
CEP 20003-900 - Caixa Postal 1680
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: PABX (21) 3974-2300
Fax: (21) 2240-8249/2220-6436
Endereço eletrônico:
www.abnt.org.br

Copyright © 2003,
ABNT-Associação Brasileira de
Normas Técnicas
Printed in Brazil/
Impresso no Brasil
Todos os direitos reservados

MAIO 2003

NBR 6022

Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação

Origem: Projeto NBR 6022:2002
ABNT/CB-14 - Comitê Brasileiro de Finanças, Bancos, Seguros, Comércio,
Administração e Documentação
CE-14:001.01 - Comissão de Estudo de Documentação
NBR 6022 - Information and documentation - Article in printed scientific
periodical publication - Presentation
Descriptors: Documentation. Periodic article. Printed scientific periodical
publication.

Esta Norma substitui a NBR 6022:1994

Válida a partir de 30.06.2003

Palavras-chave: Documentação. Artigo. Publicação periódica
científica impressa.

5 páginas

Sumário

- Prefácio
- 1 Objetivo
- 2 Referências normativas
- 3 Definições
- 4 Artigo
- 5 Estrutura do artigo
- 6 Regras gerais de apresentação

Prefácio

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) é o Fórum Nacional de Normalização. As Normas Brasileiras, cujo conteúdo é de responsabilidade dos Comitês Brasileiros (ABNT/CB) e dos Organismos de Normalização Setorial (ABNT/ONS), são elaboradas por Comissões de Estudo (CE), formadas por representantes dos setores envolvidos, delas fazendo parte: produtores, consumidores e neutros (universidades, laboratórios e outros).

Os Projetos de Norma Brasileira, elaborados no âmbito dos ABNT/CB e ABNT/ONS, circulam para Consulta Pública entre os associados da ABNT e demais interessados.

1 Objetivo

Esta Norma estabelece um sistema para a apresentação dos elementos que constituem o artigo em publicação periódica científica impressa.

NOTA - Publicação periódica científica impressa, doravante designada simplesmente publicação.

2 Referências normativas

As normas relacionadas a seguir contêm disposições que, ao serem citadas neste texto, constituem prescrições para esta Norma. As edições indicadas estavam em vigor no momento desta publicação. Como toda norma está sujeita à revisão, recomenda-se àqueles que realizam acordos com base nesta que verifiquem a conveniência de se usarem as edições mais recentes das normas citadas a seguir. A ABNT possui a informação das normas em vigor em um dado momento.

NBR 6023:2002 - Informação e documentação - Referências - Elaboração

NBR 6024:2003 - Informação e documentação - Numeração progressiva das seções de um documento escrito - Apresentação

NBR 6028:1990 - Resumos - Procedimento

NBR 10520:2002 - Informação e documentação - Citações em documentos - Apresentação

IBGE. **Normas de apresentação tabular**. 3. ed. Rio de Janeiro, 1993.

3 Definições

Para os efeitos desta Norma, aplicam-se as seguintes definições:

- 3.1 anexo:** Texto ou documento não elaborado pelo autor, que serve de fundamentação, comprovação e ilustração.
- 3.2 apêndice:** Texto ou documento elaborado pelo autor, a fim de complementar sua argumentação, sem prejuízo da unidade nuclear do trabalho.
- 3.3 artigo científico:** Parte de uma publicação com autoria declarada, que apresenta e discute idéias, métodos, técnicas, processos e resultados nas diversas áreas do conhecimento.
- 3.4 artigo de revisão:** Parte de uma publicação que resume, analisa e discute informações já publicadas.
- 3.5 artigo original:** Parte de uma publicação que apresenta temas ou abordagens originais.
- 3.6 autor(es):** Pessoa(s) física(s) responsável(is) pela criação do conteúdo intelectual ou artístico de um documento.
- 3.7 autor(es) entidade(s):** Instituição(ões), organização(ões), empresa(s), comitê(s), comissão(ões), evento(s), entre outros, responsável(is) por publicações em que não se distingue autoria pessoal.
- 3.8 citação:** Menção de uma informação extraída de outra fonte.
- 3.9 elementos pós-textuais:** Elementos que complementam o trabalho.
- 3.10 elementos pré-textuais:** Elementos que antecedem o texto com informações que ajudam na sua identificação e utilização.
- 3.11 elementos textuais:** Parte do trabalho em que é exposta a matéria.
- 3.12 glossário:** Lista em ordem alfabética de palavras ou expressões técnicas de uso restrito ou de sentido obscuro, utilizadas no texto, acompanhadas das respectivas definições.
- 3.13 ilustração:** Desenho, gravura, imagem que acompanha um texto.
- 3.14 legenda:** Texto explicativo redigido de forma clara, concisa e sem ambigüidade, para descrever uma ilustração ou tabela.
- 3.15 legenda bibliográfica:** Conjunto de elementos destinados à identificação de um fascículo e/ou volume da publicação e dos artigos nela contidos.
- 3.16 nota explicativa:** Nota usada para comentários, esclarecimentos ou explanações, que não possam ser incluídos no texto.
- 3.17 palavra-chave:** Palavra representativa do conteúdo do documento, escolhida em vocabulário controlado.
- 3.18 publicação periódica científica impressa:** Um dos tipos de publicações seriadas, que se apresenta sob a forma de revista, boletim, anuário etc., editada em fascículos com designação numérica e/ou cronológica, em intervalos pré-fixados (periodicidade), por tempo indeterminado, com a colaboração, em geral, de diversas pessoas, tratando de assuntos diversos, dentro de uma política editorial definida, e que é objeto de Número Internacional Normalizado (ISSN).
- 3.19 referência:** Conjunto padronizado de elementos descritivos, retirados de um documento, que permite sua identificação individual.
- 3.20 resumo:** Apresentação concisa dos pontos relevantes de um documento.
- 3.21 sigla:** Reunião das letras iniciais dos vocábulos fundamentais de uma denominação ou título.
- 3.22 símbolo:** Sinal que substitui o nome de uma coisa ou de uma ação.
- 3.23 subtítulo:** Informações apresentadas em seguida ao título, visando esclarecê-lo ou complementá-lo de acordo com o conteúdo da publicação.
- 3.24 tabela:** Elemento demonstrativo de síntese que constitui unidade autônoma.
- 3.25 título:** Palavra, expressão ou frase que designa o assunto ou o conteúdo de uma publicação.

4 Artigo

O artigo pode ser:

- a) original (relatos de experiência de pesquisa, estudo de caso etc.);
- b) de revisão.

5 Estrutura

A estrutura de um artigo é constituída de elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais.

5.1 Elementos pré-textuais

Os elementos pré-textuais são constituídos de:

- a) título, e subtítulo (se houver);
- b) nome(s) do(s) autor(es);
- c) resumo na língua do texto;
- d) palavras-chave na língua do texto.

5.2 Elementos textuais

Os elementos textuais constituem-se de:

- a) introdução;
- b) desenvolvimento;
- c) conclusão.

5.3 Elementos pós-textuais

Os elementos pós-textuais são constituídos de:

- a) título, e subtítulo (se houver) em língua estrangeira;
- b) resumo em língua estrangeira;
- c) palavras-chave em língua estrangeira;
- d) nota(s) explicativa(s);
- e) referências;
- f) glossário;
- g) apêndice(s);
- h) anexo(s).

6 Regras gerais de apresentação

A apresentação de um artigo deve ser conforme 6.1 a 6.10.

6.1 Elementos pré-textuais

A ordem dos elementos pré-textuais deve ser conforme 6.1.1 a 6.1.4.

6.1.1 Título e subtítulo

O título e subtítulo (se houver) devem figurar na página de abertura do artigo, diferenciados tipograficamente ou separados por dois-pontos (:) e na língua do texto.

6.1.2 Autor(es)

Nome(s) do(s) autor(es), acompanhado(s) de breve currículo que o(s) qualifique na área de conhecimento do artigo. O currículo, bem como os endereços postal e eletrônico, devem aparecer em rodapé indicado por asterisco na página de abertura ou, opcionalmente, no final dos elementos pós-textuais, onde também devem ser colocados os agradecimentos do(s) autor(es) e a data de entrega dos originais à redação do periódico.

6.1.3 Resumo na língua do texto

Elemento obrigatório, constituído de uma seqüência de frases concisas e objetivas e não de uma simples enumeração de tópicos, não ultrapassando 250 palavras, seguido, logo abaixo, das palavras representativas do conteúdo do trabalho, isto é, palavras-chave e/ou descritores, conforme a NBR 6028.

6.1.4 Palavras-chave na língua do texto

Elemento obrigatório, as palavras-chave devem figurar logo abaixo do resumo, antecedidas da expressão Palavras-chave:, separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto.

Exemplo:

Palavras-chave: Referências. Documentação.

6.2 Elementos textuais

A ordem dos elementos deve ser conforme 6.2.1 a 6.2.3.

6.2.1 Introdução

Parte inicial do artigo, onde devem constar a delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do artigo.

6.2.2 Desenvolvimento

Parte principal do artigo, que contém a exposição ordenada e pormenorizada do assunto tratado. Divide-se em seções e subseções, conforme a NBR 6024, que variam em função da abordagem do tema e do método.

6.2.3 Conclusão

Parte final do artigo, na qual se apresentam as conclusões correspondentes aos objetivos e hipóteses.

6.3 Elementos pós-textuais

A ordem dos elementos deve ser conforme 6.3.1 a 6.3.8.

6.3.1 Título, e subtítulo em língua estrangeira

O título, e subtítulo (se houver) em língua estrangeira, diferenciados tipograficamente ou separados por dois pontos (:), precedem o resumo em língua estrangeira.

6.3.2 Resumo em língua estrangeira

Elemento obrigatório, versão do resumo na língua do texto, para idioma de divulgação internacional, com as mesmas características (em inglês *Abstract*, em espanhol *Resumen*, em francês *Résumé*, por exemplo).

6.3.3 Palavras-chave em língua estrangeira

Elemento obrigatório, versão das palavras-chave na língua do texto para a mesma língua do resumo em língua estrangeira (em inglês *Keywords*, em espanhol *Palabras clave*, em francês *Mots-clés*, por exemplo).

6.3.4 Nota(s) explicativa(s)

A numeração das notas explicativas é feita em algarismos arábicos, devendo ser única e consecutiva para cada artigo. Não se inicia a numeração a cada página.

Exemplos: No texto

Os pais estão sempre confrontados diante das duas alternativas: vinculação escolar ou vinculação profissional¹.

Na nota explicativa

¹ Sobre essa opção dramática, ver também Morice (1996, p. 269-290).

No texto

O comportamento liminar correspondente à adolescência vem se constituindo numa das conquistas universais, como está, por exemplo, expresso no Estatuto da Criança e do Adolescente².

Na nota explicativa

² Se a tendência à universalização das representações sobre a periodização dos ciclos de vida desprezita a especificidade dos valores culturais de vários grupos, ela é condição para a constituição de adesões e grupos de pressão integrados à moralização de tais formas de inserção de crianças e de jovens.

6.3.5 Referências

Elemento obrigatório, elaborado conforme a NBR 6023.

6.3.6 Glossário

Elemento opcional, elaborado em ordem alfabética.

6.3.7 Apêndice(s)

Elemento opcional. O(s) apêndice(s) são identificados por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelos respectivos títulos. Excepcionalmente utilizam-se letras maiúsculas dobradas, na identificação dos apêndices, quando esgotadas as 23 letras do alfabeto.

Exemplo:

APÊNDICE A – Avaliação numérica de células inflamatórias totais aos quatro dias de evolução

APÊNDICE B – Avaliação de células musculares presentes nas caudas em regeneração

6.3.8 Anexo(s)

Elemento opcional. O(s) anexo(s) são identificados por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelos respectivos títulos. Excepcionalmente utilizam-se letras maiúsculas dobradas, na identificação dos anexos, quando esgotadas as 23 letras do alfabeto.

Exemplo:

ANEXO A – Representação gráfica de contagem de células inflamatórias presentes nas caudas em regeneração – Grupo de controle I (Temperatura...)

ANEXO B – Representação gráfica de contagem de células inflamatórias presentes nas caudas em regeneração – Grupo de controle II (Temperatura...)

6.4 Indicativo de seção

O indicativo de seção precede o título, alinhado à esquerda, dele separado por um espaço de caractere.

6.5 Numeração progressiva

A numeração progressiva deve ser apresentada conforme a NBR 6024.

6.6 Citações

As citações devem ser apresentadas conforme a NBR 10520.

6.7 Siglas

Quando aparecem pela primeira vez no texto, a forma completa do nome precede a sigla, colocada entre parênteses.

Exemplo: Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

6.8 Equações e fórmulas

Aparecem destacadas no texto, de modo a facilitar sua leitura. Na seqüência normal do texto, é permitido o uso de uma entrelinha maior que comporte seus elementos (expoentes, índices e outros). Quando destacadas do parágrafo são centralizadas e, se necessário, deve-se numerá-las. Quando fragmentadas em mais de uma linha, por falta de espaço, devem ser interrompidas antes do sinal de igualdade ou depois dos sinais de adição, subtração, multiplicação e divisão.

Exemplo:

$$x^2 + y^2 = z^2 \quad (1)$$

$$(x^2 + y^2)/5 = n \quad (2)$$

6.9 Ilustrações

Qualquer que seja seu tipo (desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, plantas, quadros, retratos e outros), sua identificação aparece na parte inferior, precedida da palavra designativa, seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, do respectivo título e/ou legenda explicativa de forma breve e clara, dispensando consulta ao texto, e da fonte. A ilustração deve ser inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere, conforme o projeto gráfico.

6.10 Tabelas

As tabelas apresentam informações tratadas estatisticamente, conforme IBGE (1993).

#FORABOLSONARO
#LULALIVRE
#POLTRONA36