

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Newson Adriano Fernandes de Oliveira

**ORIENTAÇÕES ÀS/AOS USUÁRIAS/OS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA:
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Santa Maria, RS
2018

Newsom Adriano Fernandes de Oliveira

**ORIENTAÇÕES ÀS/AOS USUÁRIAS/OS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA:
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de conclusão apresentado ao
Curso de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como
requisito parcial para obtenção o título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Kologeski Fraga

Santa Maria, RS
2018

Newsom Adriano Fernandes de Oliveira

**ORIENTAÇÕES ÀS/AOS USUÁRIAS/OS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA:
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de conclusão apresentado ao
Curso de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como
requisito parcial para obtenção o título de
Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em 28 de novembro de 2018:

Cristina Kologeski Fraga, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Eliana Mourgues Cogoy, Me. (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho as/aos amigas/os que fiz durante o curso de Serviço Social. Em especial as/aos da 5ª turma de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas/os que contribuíram de alguma forma com a minha trajetória acadêmica, em especial, agradeço:

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Cristina Kologeski Fraga.

À Prof.^a Dr.^a Caroline Goerck, pelas orientações na 1ª fase do TCC.

À minha supervisora de campo, assistente social Jurema Martirena, pela oportunidade de estágio no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SADHUSM) e pelos ensinamentos repassados.

À Prof.^a Me. Eliana Mourgues Cogoy, por aceitar ser parte da banca examinadora desse trabalho.

À minha mãe Nadir por acreditar no meu potencial sempre.

À minha filha Roberta.

À minha amiga Josie, companheira de muitas aventuras.

Aos meus irmãos, pelo incentivo e amor dedicados.

RESUMO

ORIENTAÇÕES ÀS/AOS USUÁRIAS/OS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

AUTOR: Newson Adriano Fernandes de Oliveira

ORIENTADORA: Cristina Kologeski Fraga

Esse trabalho de conclusão de curso (TCC) é proveniente da experiência adquirida no estágio realizado no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SADHUSM). O trabalho visa proporcionar conhecimento das principais e necessárias informações sobre encaminhamentos relacionados aos direitos e benefícios que as/os pacientes dispõem ao receber o acompanhamento do Serviço Social durante o período de internação no programa. O trabalho também tem a finalidade demonstrar algumas das principais competências da/o assistente social no seu processo de trabalho no contexto hospitalar, tais como, orientar a população na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos à saúde, realizar visitas domiciliares, executar perícias técnicas, elaborar laudos, pareceres e disseminar informações e conhecimentos sobre matéria do Serviço Social. No caso do SADHUSM, o principal elemento de trabalho do assistente social é a atenção à defesa dos direitos da pessoa em cuidado domiciliar. Este TCC chama a atenção para a importância da atitude investigativa inerente ao desempenho profissional da/o assistente social e para a necessidade de trabalhar com instrumentos e ferramentas, adequadas ao seu fazer profissional que propiciem o envolvimento do público-alvo no processo de trabalho. O processo de trabalho da/o assistente social enquanto intervenção articulada à perspectiva de emancipação dos sujeitos é ressaltado, respeitando seus direitos e defendendo suas cidadanias ao democratizar a inclusão dos sujeitos às políticas públicas sociais pertinentes.

Palavras-chave: Serviço Social; Serviço de atenção domiciliar; Processo de trabalho; Saúde; Hospital Universitário de Santa Maria.

ABSTRACT

GUIDELINES FOR USERS OF THE HOME CARE SERVICE OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF SANTA MARIA: SOCIAL SERVICE INTERVENTION POSSIBILITIES

AUTHOR: Newson Adriano Fernandes de Oliveira
ADVISOR: Cristina Kologeski Fraga

This undergraduate thesis (UT) comes from the experience acquired in the internship accomplished in the Home Care Service of the University Hospital of Santa Maria (HCSHUSM). It aims to provide a knowledge, of the main and necessary information about referrals related to the rights and benefits that the patient has when receiving Social Services attendance during the period of hospitalization in the program. It aims to demonstrate some of the main skills of the social worker in their work process in the hospital context, such as guiding the population in identifying resources for care and defense of their rights to health, conducting home visits, performing technical expertise, opinions and disseminate information and knowledge on Social Work matters. In the case of HCSHUSM, the main element of the social worker job is attention to the defense of the rights of the person in home care situation. This UT draws attention to the importance of the investigative attitude inherent to the professional performance of the social worker and to the need to work with instruments and tools, adequate for their professional work, which propitiate the involvement of the target audience in the work process. It puts into the scene the social worker's work process as an articulated intervention to the perspective of emancipation of the subjects, respecting their rights and defending their citizenships by democratizing the inclusion of the subjects to the relevant social public policies.

Key words: Social service; Home care service; Work process; Health, University Hospital of Santa Maria.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAPECAN	Associação de Apoio as Pessoas com Câncer
AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Assistente Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAD	Caderno de Atenção Domiciliar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DPU	Defensoria Pública da União
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
LGBTT	Lésbicas, Gays, Travestis, Transexuais
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LFC Câncer	Liga Feminina de Combate ao Câncer
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
ODP	Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica de Urgência
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SS	Serviço Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	12
2.1 A REFORMA SANITÁRIA, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	16
2.2 OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
3 O SERVIÇO SOCIAL E OS PROCESSOS DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE	24
3.1 O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	31
3.2 O ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO HUSM: DESCRIÇÃO INSTITUCIONAL	33
4 ORIENTAÇÕES ÀS/OS USUÁRIAS/OS DO SADHUSM: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL	35
4.1 FOLDER INFORMATIVO: PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL	39
4.2 AVALIAÇÃO PROPOSITIVA DO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO HUSM	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A – FOLDER	50
ANEXO A – FOLHA DE CHECK LIST	51

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) surgiu a partir do estágio curricular obrigatório em Serviço Social realizado no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria – SADHUSM. Consiste em um relatório de estágio curricular em Serviço Social realizado entre o segundo semestre de 2017 e o primeiro semestre de 2018.

Todas as ações desenvolvidas estão em consonância com a Lei nº 11.788/2008 – a Lei do Estágio, instituída para regulamentar o Estágio nas instituições de educação, juntamente com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/1996 (LDB) e também com o Código de Ética da/o assistente social (1993), instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), com as diretrizes curriculares da ABEPSS (1996) e com a Lei de Regulamentação da profissão 8662/93.

O Estágio Supervisionado é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção da/o estudante de Serviço Social no espaço sócio institucional, objetivando capacitá-lo para o exercício profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão foi realizada conjuntamente, por professor e por profissional assistente social do campo, com base em planos de estágio elaborados em conjunto, pelo Curso de Serviço Social e com o SADHUSM.

A/O profissional assistente social inserido no ambiente hospitalar se depara com as mais variadas demandas no seu cotidiano. Na assistência domiciliar, a/o assistente social tem papel fundamental ao ter contato direto com o território e cotidiano das/os usuárias/os, portanto, tem o compromisso de estar atento às suas necessidades, de maneira que possa prestar as mais diversas informações e esclarecimentos a respeito de seus direitos, para que assim consiga democratizar, defender e respeitar as suas cidadanias.

Partindo da análise da realidade institucional e da grande demanda de serviços oferecidos no hospital e, ainda, da diversidade de demandas das/os pacientes que chegam cotidianamente ao SAD e ao conhecimento da/o assistente social foi averiguada a necessidade de criar um instrumento que possibilitasse aos pacientes/usuários o conhecimento prévio de alguns dos benefícios e direitos que poderiam ter acesso ao serem internados no programa.

As diferentes expressões da questão social foram identificadas no decorrer das visitas domiciliares, nas visitas ao leito do hospital e nas realizadas juntamente com a equipe multidisciplinar. As demandas não envolviam somente a/o usuária/o, mas também suas famílias, relacionadas às dificuldades econômicas, diferentes estruturas familiares, dificuldades habitacionais e também a dificuldade e/ou ausência de um(a) cuidador(a), fato este que impossibilitava o SAD/HUSM de atender a/o usuária/o no seu domicílio.

Dessa forma, decidiu-se por elaborar o projeto de intervenção no SAD/HUSM denominado *Serviço de Atenção Domiciliar: um espaço destinado aos cuidadores e profissionais da saúde* que teve como objetivo elaborar um boletim informativo.

A relevância profissional deste projeto ocorreu na medida em que se propôs orientar previamente as/os usuárias/os do programa de internação domiciliar e demais pessoas que fazem parte do público alvo a que se destina. O projeto teve como objetivo descrever de maneira sucinta informações referentes aos documentos, locais, endereços e telefones úteis, usados para os encaminhamentos realizados pela/o assistente social para que a/o usuária/o exercesse seus direitos e garantisse seus benefícios.

O projeto também possuiu relevância acadêmica por tratar-se de um processo incipiente no Serviço Social, bem como por não haver grande produção acadêmica sobre o assunto, com isso se fez necessário no ambiente hospitalar. Este trabalho visou proporcionar, ainda, conhecimento, das principais e necessárias informações sobre encaminhamentos relacionados aos direitos e benefícios que a/o paciente dispõe ao receber o acompanhamento do Serviço Social no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria - SADHUSM.

Ressalta-se que o referido projeto tem relevância social porque visou com sua implantação atender uma demanda do público usuário do Serviço Social dentro do SADHUSM e teve como público alvo as/os pacientes e seus familiares, além de contemplar com informações as/os visitantes, as/os residentes e funcionárias/os. O foco do projeto foi a informação dos direitos e dos locais onde estes deveriam buscados, nos quais eram usados pelo Serviço Social no SADHUSM. O projeto levou também informações sobre os direitos e benefícios no domicílio onde se encontra a/o paciente, tendo em vista que o lar proporciona um maior conforto para a/o usuária/o em certos casos, portanto qualificando o cuidado no domicílio.

Para atingir seu objetivo o projeto contou com um boletim informativo (*folder*) contendo os principais endereços e telefones das instituições diretamente envolvidas

na garantia dos direitos das/os usuárias/os. O material serviu como uma ferramenta, de maneira a facilitar o acesso das/os usuárias/os do Serviço de Internação Domiciliar – SAD na efetivação desses direitos. Esse instrumento foi entregue aos pacientes internados pelo estagiário e/ou assistente social acompanhado de uma breve explicação a respeito do seu conteúdo.

Desta forma, o projeto de intervenção elencou alguns documentos necessários para que a/o paciente em internação domiciliar pudesse tomar conhecimento do aporte de recursos, direitos e benefícios disponíveis e necessários à sua recuperação e/ou seu bem-estar. Este tipo de informação contribui para o acesso/inclusão das/os usuárias/os às políticas públicas pertinentes frente ao tratamento recebido enquanto estivesse sendo assistido pelo Serviço Social do Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SADHUSM).

Paralelamente a isto, foram realizadas atividades inerentes ao cotidiano da/o assistente social que atua no âmbito hospitalar, tais como: as visitas domiciliares e aplicação de questionários para estudo social da situação da/o paciente (que são espaços para a realização de uma escuta sensível); encaminhamentos de benefícios, tais como: auxílio doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC), reuniões para mediar conflitos familiares com Ata, atendimentos a demandas internas dos pacientes, entre outras.

Em termos de estrutura esse TCC foi construído em cinco capítulos, incluindo esta introdução como primeiro capítulo. No segundo capítulo aborda-se o referencial teórico com o intuito de embasar as reflexões a partir da questão da saúde no Brasil, a reforma sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Serviço de Atenção Domiciliar e o desmonte do SUS no Brasil, atentando para o retrocesso nas políticas de saúde brasileiras. No terceiro capítulo, discorre-se sobre os processos de trabalho da/o assistente social na área da saúde, com ênfase no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e os estágios obrigatórios em Serviço Social realizados na referida instituição hospitalar. No quarto capítulo, o projeto de intervenção é apresentando, no qual está voltado às orientações às/aos usuárias/os do SADHUSM acerca dos direitos e benefícios dessas/es usuárias/os atendidos por esse programa. No quinto e último capítulo são apresentadas as considerações finais que refletem sobre a importância do Curso de Serviço Social da UFSM à formação profissional em Serviço Social (SS) e sobre a relevância do projeto de intervenção, elencando os limites e possibilidades no trabalho da/o assistente social na saúde.

2 SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Para compreendermos o movimento sanitário no Brasil e sua importância na história da política de saúde brasileira é preciso resgatar a trajetória histórica da saúde no país e o contexto em que ocorreram as mudanças na referida política.

Até a década de 1920 não se observa nenhuma política estruturada por parte do Estado brasileiro com relação à saúde. Somente a partir de 1921 com a reforma Carlos Chagas tornou-se “possível a expansão dos serviços de atenção médico curativa”. (LUZ, 1986, p. 56).

A política de saúde no Brasil nasce atrelada à política da previdência social, vinculada à Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP's). Na era Vargas o governo criou o Ministério do Trabalho e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) e elaborou uma legislação trabalhista que enquadrasse a questão social vivenciada no período.

Em 1923, com a Lei Elói Chaves, as Caixas de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários (CAP's) foram estatizadas e foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública que atuava nas áreas de saneamento e higiene. Nos anos 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde. (BORBA, 1998, p. 20).

Em 1945, sob influência do modelo de seguridade social europeu, foi criado no Brasil um sistema de proteção social voltado principalmente às classes trabalhadoras. O Estado brasileiro, como forma de legitimação, criou uma série de bens e serviços oferecidos através do Instituto de Aposentadoria e Previdência (IAP), “considerado o berço da previdência social brasileira”. (MAGAJEWISK, 1994, p. 50).

O governo militar (1964-1974) unificou os IAP's no então criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e aumentou dessa forma o poder de regulação do Estado sobre a sociedade. A política de saúde nesse período apresenta como características: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médico-curativa, a criação do complexo médico-industrial com base no privilegiamento do setor privado e a diferenciação no atendimento aos usuários.

O movimento sanitário surgiu no Brasil em meados da década de 1970. Os movimentos de reivindicações e de lutas urbanas nos anos 70 do século passado estavam limitados a determinados grupos que pressionavam o Estado a cumprir suas tarefas no campo social. Estes movimentos apontavam uma oposição ao

Estado e buscavam assegurar a incorporação e a consolidação dos direitos sociais, ao mesmo tempo em que tentavam eliminar a centralidade do Estado.

Paralelamente ao surgimento do Movimento Sanitário no Brasil evidencia-se a crise do milagre econômico. Neste período é caracterizado o surgimento no cenário político de alguns atores sociais, como o sindicalismo operário, as/os trabalhadoras/es rurais, um percentual da igreja, grupos de trabalhadoras/es e outros movimentos sociais urbanos.

Esse cenário de luta obrigou o Estado a propor mudanças na política de saúde brasileira como forma de enquadrar a questão social e canalizar as pressões populares. Segundo Yamamoto (2015, p. 27) “a questão social é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem raiz comum: a produção social [...]”. Essas expressões são materializadas no aumento da pobreza, na concentração da renda, no desemprego, entre outros.

A expressão “Questão Social” surge no séc. XIX, na Europa, para dar conta do fenômeno do pauperismo (polarização entre ricos e pobres, onde a pobreza cresce na razão direta em que aumenta a capacidade social de produzir riquezas) derivado dos impactos da primeira onda industrializante na Inglaterra.

Segundo Borba (1998) em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e em 1975 foi regulamentado o Sistema Nacional de Saúde (SNS). No ano de 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social — SINPAS garantindo este a base jurídico-legal da previdência dentro do Sistema Nacional de Saúde.

Nesse mesmo período as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), considerados amplos espaços de debate, asseguravam em suas propostas a participação da comunidade na formulação, implementação e fiscalização na política de saúde. (SANTOS, 2013).

O período do governo Figueiredo de 1979-1985 foi marcado por um aprofundamento da crise econômica, com arrocho salarial, aumento da inflação, queda nas vendas e condições de vida insustentáveis. Esse quadro de tensão também afetava a política de saúde no país. A questão saúde e a democracia ganharam visibilidade e ampliou-se a luta pela saúde. (SANTOS, 2013).

Destacavam-se nesse período, como reivindicações das diversas manifestações, a luta pelo saneamento, luz, água e postos de saúde e também, a luta pelo fortalecimento do setor público e promoção da saúde. Esse embate

propiciou o primeiro evento importante na Saúde: a VII Conferência Nacional da Saúde, em 1980, que apresentava como pressupostos básicos a extensão da cobertura, a integração dos serviços existentes, a regionalização do atendimento por área definida e a participação da comunidade. (SANTOS, 2013).

As Ações Integradas de Saúde (AIS) em desenvolvimento desde 1983 viabilizaram a construção de um novo modelo de atuar e de olhar a saúde, fundamentado na participação comunitária.

Outro acontecimento considerado um marco histórico a respeito da política de saúde no Brasil foi a consolidação da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília. Nesse evento foi apontada a necessidade de reestruturar a política de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde. Os principais eixos discutidos foram: a saúde como direito de cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. (SANTOS, 2013).

Após esse evento, o governo assumiu a bandeira da reforma sanitária e por meio das Ações Integradas de Saúde criou o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) ano de 1987. Em 1988, a Constituição Federal integra a saúde, a previdência e a assistência ao tripé da Seguridade Social. A Saúde então se constituiu em um sistema único pautado pela universalidade, equidade, integralidade e participação comunitária através do controle social o que resultou na criação do Sistema Único de Saúde.

Segundo (Bravo, 2013, p. 177) “nos anos 1980, no processo de redemocratização do país, ocorreu a construção do Projeto de Reforma Sanitária cuja preocupação central foi assegurar que o Estado atue em função da sociedade [...]”, sendo dessa forma o responsável pelas políticas sociais e conseqüentemente pela saúde. Este projeto defende a participação popular, a democratização do acesso, enfim um modelo assistencial com os princípios do SUS.

Tem início, também, nesta década a elaboração do Projeto Ético-Político da profissão pautado em valores como a defesa da democracia, da cidadania, de uma sociedade sem exploração de classe, gênero, que buscava romper com o conservadorismo profissional. (BRAVO, 2013).

Em contrapartida, surge nos anos 1990, como resultado do ajuste neoliberal nas dimensões econômicas e sociais “o Projeto Privatista que teve como uma das principais tendências a contenção dos gastos [...] consistiu em garantir um mínimo

aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado”. (BRAVO, 2013, p. 177-178).

O projeto da saúde vinculado ao mercado e a privatização impôs ao Estado a garantia em efetivar apenas ações mínimas na saúde, fortalecendo um sistema para as/os consumidoras/es e deixando o SUS restrito apenas as/os cidadãos/ãos pobres, através de programas precários e focalizados.

A aprovação, da Lei Orgânica da Saúde, só iria acontecer no segundo semestre de 1990 com a implementação das leis nº 8080, de 19 de dezembro de 1990, e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e após muita negociação do Ministério da Saúde com o Movimento Sanitário (BORBA, 1998, p.24). Com isso houve um atraso inicial de dois anos para o começo da implantação do SUS. (NETTO, 1994, p. 48).

A Lei n.8080 dispõe sobre as circunstâncias que promovem, protegem e recuperam a saúde, sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Já a Lei n.8142 prescreve sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. As duas leis em conjunto formam o que se chama de Lei Orgânica da Saúde. Conforme discorre Dallari (1994, p. 86):

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) é, [...] o conjunto de duas leis editadas para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, prevista como tarefa de competência concorrente. Isto significa que [...] são leis nacionais que têm o caráter de norma geral. Portanto, a LOS contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem, em seus respectivos territórios, o direito a saúde para seus povos.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em março de 1986 é um marco na formulação e implantação das políticas de saúde, no período que vai da década de 1970 até os anos 1994. O destaque não foi apenas pelo importante papel na propagação do movimento da reforma sanitária, como também por ter formado a base para a seção “Da Saúde” para a Constituição Federal de 5 de outubro de 1988.

A comissão relatora da 8ª CNS, destaca alguns temas que merecem ênfase:

a) ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde vão além de uma reforma administrativa e financeira, implicando também em uma

reformulação do conceito de saúde e da legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde;

b) quanto à natureza do novo Sistema Nacional de Saúde, se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. Houve consenso da necessidade de fortalecimento e expansão do setor público;

c) outro tema polêmico foi em relação à separação da “Saúde” da “Previdência”. O entendimento da maioria foi o de que a Previdência Social deveria encarregar-se de ações próprias como pensões, aposentadorias e demais benefícios. Desta forma a saúde estaria entregue a um novo órgão federal com características novas e o setor obteria recursos de várias receitas incluindo impostos gerais e sobre produtos nocivos à saúde. (BRASIL, 1986, p. 3).

Considerando tudo aquilo que o termo “saúde” pode significar nesse contexto, a saúde é a consequência das condições de alimentação, habitação higiênica e digna, educação, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Isto engloba também condições dignas de vida e de trabalho, acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis e a todos os habitantes do território nacional. (BRASIL, 1986). Pode-se concluir a partir disso que saúde é o bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade.

2.1 A REFORMA SANITÁRIA, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

A construção da política de saúde sempre foi vinculada ao processo de industrialização através da medicina social, para a manutenção da ordem social e mediação das relações entre as classes sociais. Somente com a emergência do trabalho assalariado a saúde emerge como “questão social” no Brasil.

A saúde é um direito universal e fundamental do ser humano (CF, 1988) que só pode ser alcançado com políticas públicas sociais e econômicas que reduzam as desigualdades sociais e regionais. Para isso é preciso combater a ótica medicocêntrica e os interesses privados. Pois muitos dos recursos utilizados na saúde são direcionados para as grandes corporações médicas e àquelas que fabricam os medicamentos, segundo o Caderno de Atenção Domiciliar:

Apesar dos avanços conquistados com o SUS, no que diz respeito ao acesso a ações e serviços de saúde, e da expressiva ampliação da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de reorientar a forma como se produz a saúde, podemos afirmar que o modelo de atenção à

saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, fragmentado, biologicista e mecanicista. (BRASIL, 2012a, p. 9).

O aumento da expectativa de vida ao nascer, a melhoria nas condições de vida obtidas com saneamento básico, educação, moradia e saúde, juntamente com a queda nas taxas de natalidade geram mudanças nas necessidades de saúde. Os problemas sociais quando ampliados exigem o desenvolvimento de políticas públicas adequadas.

Conforme o Caderno de Atenção Domiciliar são considerados como alguns dos principais fatores do desenvolvimento das práticas de cuidados em saúde no domicílio: o envelhecimento da população, juntamente com o aumento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, os acidentes automobilísticos e a necessidade de cuidados continuados e mais intensivos. (BRASIL, 2012a).

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Segundo relatos históricos, os cuidados em saúde no domicílio já são descritos no Egito Antigo e na Grécia. (BENJAMIM, 1993). Na Europa, no final do século XVIII, antes do surgimento dos hospitais e dos ambulatórios, já se praticava a atenção no domicílio como modalidade de cuidado. (SILVA et al., 2005).

A atenção domiciliar está relacionada apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares. A atenção domiciliar surge nos anos 1940 na América do Norte com o intuito de aliviar a sobrecarga dos hospitais e um de seus eixos centrais é a “desospitalização”. Dessa forma, proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio.

No Brasil essa modalidade contou inicialmente com os médicos de família que atendiam as/os clientes mais abastados em casa proporcionando um atendimento de qualidade. Já aos menos favorecidos restava a filantropia, as práticas do curandeirismo e a medicina caseira. A primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira foi o Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMDU), em 1949. Somente em 1963 foi iniciado como uma atividade planejada pelo setor público sendo realizada pelo Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo.

A partir do momento em que o modelo médico hegemônico liberal entra em crise e surgem novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional, as

“demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos têm fortalecido práticas anti-hegemônicas na formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde”. (SILVA et al., 2010).

Nessa perspectiva, os primeiros registros de serviços de atenção domiciliar que surgem no Rio de Janeiro. As equipes de atenção domiciliar diferenciam-se das demais equipes de saúde porque constroem sua relação com a/o usuária/o no domicílio e não em um estabelecimento de saúde, tais como os hospitais e ambulatórios. Essa modalidade minimiza risco de infecções hospitalares, em especial aos idosos e oferece suporte emocional para pacientes em estado grave ou terminal e familiares, além de proporcionar autonomia ao paciente nos cuidados fora do hospital e institui o papel da/o cuidador(a).

Dessa forma, “a potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelas/os usuárias/os e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença”. (SILVA et al., 2010).

A Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 considera Atenção Domiciliar (AD) como:

Modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. (BRASIL, 2016).

O Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SADHUSM) foi criado em maio de 2005. Atende doentes portadores de enfermidades crônicas que não necessitem de internação hospitalar, clinicamente estáveis e sem condições de acompanhamento ambulatorial. O objetivo do SADHUSM é otimizar a ocupação dos leitos do hospital, reduzir a média de permanência hospitalar e buscar a continuidade do cuidado no pós alta hospitalar.

O SADHUSM recebe encaminhamentos de pacientes de todos os setores do hospital e faz avaliações das/os pacientes no ambiente hospitalar e organiza altas e transferências para os domicílios. O SAD realiza visitas domiciliares semanais ou conforme a necessidade de cada paciente para avaliar e orientar as/os familiares quanto ao cuidado domiciliar.

O encaminhamento da/o paciente ao serviço é realizado pela/o médica/o assistente. Após, ele/a é avaliado pela equipe considerando suas condições clínicas, familiares e sociais. A seguir, é realizada a identificação da/o cuidador(a) responsável, que, antes da alta hospitalar da/o usuária/o é orientada/o pelos diferentes profissionais da equipe com relação aos cuidados a serem prestados a/o paciente no domicílio.

As orientações, geralmente, abrangem no caso da/o assistente social, a realização de visitas domiciliares, elaboração de laudos, encaminhamentos de benefícios, entre outros. Além disso, os outros profissionais da equipe orientam a respeito da realização da higiene corporal, troca dos curativos, administração da medicação, orientações em relação à dieta especificada pela/o nutricionista, a respeito da movimentação do doente e aspiração da traqueostomia conforme Cartilha de Orientações do Serviço. (HUSM, 2015).

2.2 OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materializada de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional em 1988, na chamada Constituição cidadã ao considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”. (TEIXEIRA, 2011, p. 01). Dessa forma, entende-se que foi um processo que resultou da mobilização conjunta de vários segmentos sociais em torno do movimento de Reforma Sanitária Básica.

O SUS é um projeto que consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade, sendo considerado um marco jurídico na nossa aproximação aos princípios do Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*), contrapondo-se a perspectiva liberal e neoliberal, que defende a redução do papel do Estado na garantia das condições de vida e saúde da população brasileira.

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado na Constituição Federal (1988), que afirma:

Seção II DA SAÚDE Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Segundo Japiassu e Marcondes (1996, p. 265), “universal é aquilo que se aplica a totalidade”. No que se refere aos direitos sociais, a compreensão de universalidade parte de duas perspectivas. A primeira, a social democrática que compreende a saúde como um direito social para todos e a segunda, a liberal, a qual compreende que o acesso pode/deve ser regulado pelo mercado. A contradição está na focalização dualista com que o Estado trata a saúde. O Estado proporciona a saúde para os pobres, nivelando por baixo, enquanto que o setor privado oferece serviços para as classes média e alta. (SOUSA, 2014).

A universalidade, portanto, é um ideal a ser alcançado. Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que estes venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços.

A equidade tem sido tema nos diversos debates a respeito das reformas nos sistemas de saúde no ocidente. Esse princípio diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de maneira que se possa atingir a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. (TEIXEIRA, 2011, p. 05). Muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser reconhecidas e superadas.

Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como diferenças diante do adoecer e do morrer. É necessário, portanto, reconhecer as possibilidades de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos.

Nesse sentido, cabe destacar os esforços que vem sendo feitos para a formulação e implementação de Políticas específicas voltadas ao atendimento de necessidades de diversos segmentos da população no quais estão expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer. Os riscos que estes segmentos da população sofre são em função de características genético-hereditárias, econômico-sociais ou histórico-políticas e, ainda culturais, como é o caso da população indígena, da população negra, da população LGBTT, dentre outras.

O princípio do SUS voltado à integralidade, considera as pessoas como um todo ao atender todas as suas necessidades. Para isso, se torna importante a integração de ações ao incluir a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Este princípio também pressupõe a articulação da saúde com outras

políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Conforme Teixeira (2011, p. 06) “um modelo ‘integral’, portanto é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde”, tais como as de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, assistência e recuperação de indivíduos enfermos, entre outras.

Há ainda, os princípios organizativos ou diretrizes estratégicas, os quais segundo Teixeira (2011, p. 06), “servem para a organização do SUS, que são a hierarquização e a regionalização das unidades da produção de serviço, a descentralização da gestão dos recursos e a integração das ações promocionais, preventivas e curativas”.

Seguindo com o conjunto de normas e leis que servem para a normatização e organização do SUS temos as seguintes diretrizes explícitas no texto constitucional de 1988 que diz: Seção II DA SAÚDE Art. 198.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

A descentralização é uma diretriz que tem como consequência a transferência de poder de decisão a respeito da política de saúde. Ela redefine funções e responsabilidades com relação à conduta político-administrativa do sistema de saúde em seu território de atuação, seja ele no âmbito nacional, estadual ou municipal. Isto ocorre com a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para as instâncias governamentais correspondentes. (TEIXEIRA, 2011).

Outro princípio organizativo do SUS, a regionalização dos serviços, refere-se à delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país. Deve também contemplar a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo. Nota-se que é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. (TEIXEIRA, 2011).

O processo de hierarquização refere-se à divisão de níveis de atenção e deve garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. Diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços. Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, delimitados em uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. (TEIXEIRA, 2011).

E por fim, se tem a integração entre as ações promocionais, preventivas e curativas. Trata-se da possibilidade de se estabelecer informações sobre a oferta de ações e serviços do sistema contemplando. Dessa forma, as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde em vários planos de sua “história (natural) social”. Estas ações e serviços devem abranger intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde.

Há que se fazer aqui uma breve distinção entre integralidade e integração. Se a integralidade, como posto anteriormente, é um atributo do modelo, algo que o modelo de atenção à saúde “deve ser”, a integração é um processo, algo “a fazer” para que o modelo de atenção seja integral. (TEIXEIRA, 2011).

Destaca-se também, que a sociedade em sua totalidade, deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Segundo Santos (2018), há de se considerar os avanços do SUS, desde sua implementação, referente às necessidades e direitos da população. Estes avanços constituem-se de um rol de realizações, conhecimentos e práticas. Destaca-se no âmbito da Atenção Básica, o aumento da integração das ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde. Entre os avanços encontra-se a alta taxa de resolutividade de atendimento às necessidades de saúde (80% a 90%), territórios com excelente estrutura física e de custeio que são referências para o sistema, tais como os CAPS, a área de Vigilância em Saúde, os Hemocentros, o ideário do modelo de atenção à saúde voltado às necessidades e direitos de cidadania, entre outros.

Porém, existem fatores que ocasionam distorções e desvios na implementação do financiamento federal do SUS. Entre esses fatores estão o desvio de recursos do SUS para outras atividades, isenções fiscais aos hospitais privados e

as empresas de planos privados de saúde, aprovação de projetos e emendas constitucionais que limitam e/ou “congelam” os gastos em saúde e, também, os sucessivos “engavetamentos” de projetos de lei que aumentam a receita para a área da saúde. (SANTOS, 2018).

A Lei da Responsabilidade Fiscal contribui para o desmantelamento do SUS ao limitar seu quadro público de pessoal. O subfinanciamento federal que vem desestruturando o SUS com recursos humanos e financeiros insuficientes. Além disso, se as mesmas modalidades de empréstimos do BNDS e do BID que são feitas aos setores privados da saúde (fomentando a concentração da assistência especializada médica, o mercado de serviços e medicamentos) fossem efetivadas junto ao SUS estes proporcionariam uma ampliação da rede pública de hospitais, clínicas especializadas e unidades de pronto-atendimento na casa das centenas, em menos de dez anos. (SANTOS, 2018).

A partir dessas distorções e constatações, Santos (2018) conclui que há em vigência objetivos hegemônicos (neoliberais) contrários ao setor público de saúde por parte do Estado. Tendo em vista que desde a década de 1990 o setor vem recebendo restrições com seus gastos em saúde permitindo a deterioração do serviço público.

Noronha et al (2018) apresenta uma reflexão sobre o futuro do SUS baseada em estudos e pesquisas desenvolvidos pela iniciativa “Brasil Saúde Amanhã” da Fundação Oswaldo Cruz. O autor destaca como fatores responsáveis pelo déficit público na área da saúde a redução de gastos, a subtração de recursos da saúde, a Desvinculação das Receitas da União (DRU) e as sucessivas emendas constitucionais que acarretaram o enfraquecimento do setor saúde e a possível destruição da proteção social, em especial a EC nº 95 que estabelece um padrão radical de contenção do Estado.

Segundo Noronha et al (2018) nos próximos trinta anos teremos uma mudança no perfil epidemiológico com aumento de doenças crônicas degenerativas e envelhecimento da população (que em 2048 será de aproximadamente 49 milhões de pessoas maiores de 65 anos). Esse perfil vai aumentar a demanda por diferentes tipos de profissionais, além de assistência domiciliar, cuidados paliativos entre outros. Porém, como consequências do estrangulamento fiscal, teremos redução nos investimentos ocasionando queda da qualidade e segurança dos serviços.

3 O SERVIÇO SOCIAL E OS PROCESSOS DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho regulamentada pela Lei nº 8662/93, e pelas resoluções do CFESS nº 290/94 e nº 293/94, e também, as resoluções nº 333, de 14 de dezembro de 1996 e nº 594, de 21 de janeiro de 2011, demarcada pelo Código de Ética de março de 1993. De origem marcadamente histórica tem sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho articulada aos embates da classe social subalterna com o bloco do poder no enfrentamento da questão social. (TORRES, 2009).

A/O assistente social atua nessa correlação de forças, colocando em movimento seus saberes na realização do exercício profissional. Esse posicionamento requer dela/e uma competência política, na defesa de ideias e ações que favoreçam a construção de um projeto societário democrático. Torna-se evidente aqui a dimensão política presente no exercício profissional do assistente social, ou seja,

[...] as condições e relações sociais que circunscrevem o trabalho do assistente social atribuem a profissão uma dimensão política por excelência, [...] apoia-se no fato do seu trabalho realizar-se inscrito em relações de poder, inerente às relações sociais entre classes que estruturam a sociedade capitalista, [...] o cotidiano do trabalho do assistente social apresenta-se como um campo de expressões concretas das desigualdades referidas, de manifestações, de desrespeito aos direitos sociais e humanos, [...] atribuir-lhes visibilidade é um meio de potenciar a dimensão política inerente a esse trabalho especializado. (IAMAMOTO, 2015, p. 146).

A/O assistente social é reconhecidamente um profissional da saúde. No campo da Saúde um dos principais instrumentos de trabalho da/o assistente Social é a Educação em Saúde, sendo a mais requisitada no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Trata-se de um procedimento técnico revestido de uma dimensão social e ético-política que produz um efeito real sobre a vida dos sujeitos na medida em que veiculam determinados interesses e compromissos de classe. Dessa forma é preciso considerar as concepções, finalidades e objetivos que orientam tais ações.

Algumas formas de conceber e trabalhar a Educação em Saúde tem desafiado a concepção hegemônica, que é restrita, contribuindo para o reconhecimento da Saúde como um processo de construção coletiva, com a participação social dos sujeitos e produzindo conhecimento crítico da realidade.

Ao considerar a Educação em Saúde como um dos instrumentos centrais do trabalho profissional da/o assistente social no âmbito da saúde se torna necessário reconhecer que a mesma é constituída pelas dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas que modelam o trabalho profissional. Essas dimensões precisam ser melhores compreendidas para que se tenha uma apreensão crítica da realidade, bem como para subsidiar o fazer profissional do assistente social.

De natureza notadamente interventiva a profissão “é dotada de uma dimensão teórico-metodológica e técnico-operativa que não se dissocia das implicações de ordem ética e política”. (NOGUEIRA, 2004, p. 187).

Sob o ponto de vista ético-político, Martinelli (2011) comenta que o trabalho crítico e competente da/o assistente social é ético porque se movimenta no campo dos valores, partindo do reconhecimento da condição humana dos sujeitos, e é político porque deseja sempre a emancipação dos mesmos. Envolvendo assim a relação saúde, doença, cuidados, a população atendida, seus familiares e a comunidade.

Nogueira (2004, p. 187) ao definir a dimensão teórico-metodológica considera “[...] como o modo, a maneira de ler e interpretar os fenômenos sobre os quais a profissão se debruça”. A autora entende que o “fazer profissional” é legitimado e regulamentado pelo conjunto das ações e pensamentos das/os profissionais que atribuem intencionalidade ética e política às mesmas. Há que se compreender que o exercício profissional se constitui em uma totalidade formada pelas três dimensões, que mantém uma relação de unidade apesar das suas particularidades.

De acordo com Santos; Filho; Backx (2017) a dimensão técnico-operativa se constitui “na “forma de aparecer” da profissão, na dimensão “pela qual a profissão é conhecida e reconhecida”. Ela é o “modo de ser” da profissão, o modo como aparece no movimento das três dimensões”.

Entre esses instrumentos pode-se destacar a entrevista, a observação ativa, o diário de campo, a visita domiciliar, o estudo social, o parecer social (opinião profissional fundamentada), o laudo social, entre outros.

Nessa direção, mais do que uma questão de ordem exclusivamente técnica, a Educação em Saúde está diretamente relacionada aos projetos societários presentes e em disputa em determinado momento histórico.

Lima e Miotto (2011) destacam que a partir do Movimento de Reconceituação¹ do Serviço Social no Brasil ações socioeducativas tem seu potencial reconhecido no tangente ao fortalecimento de processos emancipatórios.

Com ela [a ênfase nas ações socioeducativas] espera-se contribuir para a formação de uma consciência crítica entre sujeitos, através da apreensão e vivência da realidade, para a construção de processos democráticos, enquanto espaços de garantia de Direitos, mediante a experiência de relações horizontais entre profissionais e usuários. Nesse processo educativo, projeta-se a emancipação e a transformação social (LIMA; MIOTO, 2011, p. 217-218).

Conforme Neves; Santos; Silva (2012) as/os assistentes sociais tem ampliado suas ações/participações junto aos conselhos gestores devido a “inserção privilegiada” que sua formação em Serviço Social proporciona no âmbito das políticas sociais. Nessas participações desenvolve trabalhos de relevância nas políticas da Seguridade Social nas fases de execução, planejamento, gestão, monitoramento e avaliação.

Essa “inserção privilegiada” da/o assistente social junto às políticas de proteção social refere-se à particularidade interventiva da/o profissional em lidar cotidianamente com as “múltiplas e diversificadas expressões da questão social” (IAMAMOTO, 2010, p.198).

De acordo com CFESS (2005, p. 46-47), em pesquisa publicada em 2005 sobre o perfil das/os assistentes sociais no Brasil, destaca-se uma parcela relativamente pequena, mas em crescimento, de profissionais com participação em conselhos (representantes governamentais, representantes dos profissionais, assessores).

[...] a participação da (o) assistente social nos conselhos de direitos ou de políticas sociais indica o exercício do ‘controle social’, o que implica o exercício democrático de acompanhamento da gestão e avaliação da política, do plano da política e dos recursos financeiros destinados à sua implementação.

¹ O Movimento de Reconceituação que se inicia nos anos 1970 foi o esforço de ruptura com a tradição conservadora que marca a institucionalização do Serviço Social e a consequente superação de uma identidade profissional alicerçada num discurso tradicional e conservador para um método crítico e investigativo, uma renovação com propostas de intervenção e compreensão da realidade social, questionador da ordem dominante a partir da aproximação com o Marxismo. (SILVA, 2011).

Os Conselhos de Saúde são instâncias de controle social previstas na Lei 8142/90 que diz no seu parágrafo 2º que:

[...] o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe de poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

O Sistema Único de Saúde (SUS), possivelmente o maior patrimônio de política pública do país, foi idealizado e constituído por um movimento da sociedade brasileira. Adota os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e coloca a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde, com papel central para a reorganização do modelo assistencial.

Diante disso as/os profissionais do Serviço Social vêm construindo instrumentos que sejam efetivos no processo de trabalho. Esses são os principais mediadores do desenvolvimento da prática profissional, pois para executar suas intervenções torna-se indispensável o uso de diferentes instrumentos para exercer sua ação. Segundo Guerra (2000, p. 02):

A instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social, no nível cotidiano.

No caso específico do SADHUSM as ferramentas mais usadas pela/o assistente social são as entrevistas, acolhimentos e as visitas domiciliares. O acolhimento é apresentado como uma nova postura na recepção das/os usuárias/os na sua chegada aos serviços de saúde, substituindo a ideia de 'triagem'. De acordo com Carvalho e Cunha (2006, p. 860).

Acolher bem o usuário significa (...) ter uma atitude que garanta a escuta qualificada das demandas com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologias (...) para que se produza saúde individual e coletiva. O acolhimento deve traduzir-se na abertura da unidade e na plasticidade do projeto de atenção prestado a determinado indivíduo ou coletivo, procurando garantir a humanização da relação instituição/usuário.

Acerca do Serviço Social, objeto e processo de trabalho da/o Assistente Social, o projeto de intervenção denominado “Serviço de Atenção Domiciliar: um espaço destinado aos cuidadores e profissionais da saúde”, focaliza a qualidade da informação/orientação dada aos usuários/pacientes, acerca de seus direitos, os quais estão garantidos em Lei pela Constituição Federal de 1988. O projeto leva em consideração o contexto social e sua influência na dinâmica da sociedade, as expressões da questão social, as pressões advindas das demandas e relações sociais, bem como as exigências de inovação nas respostas da profissão.

O objeto de trabalho do assistente social é a questão social. É ela, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, à luta pela terra, etc. Essas expressões da questão social são a matéria prima ou o objeto de trabalho profissional. (IAMAMOTO, 2015, p.62).

Se Serviço Social está pautado no conceito de finalidade, como essencial na sistematização das alterações da realidade e definido na direção da cidadania, na perspectiva dos direitos, da participação, da democratização dos bens e serviços e da distribuição da renda, enfim, da emancipação e da independência dos sujeitos, o processo de trabalho da/o assistente social também caminha nessa direção. Ou seja, o assistente social tem compromisso com a defesa, intransigente, dos direitos humanos, da democracia, da liberdade e da justiça social.

Carvalho e Cunha (2006) consideram a visita domiciliar como uma estratégia promotora de acesso às políticas públicas, por meio da importância da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos do processo, motivo pelo qual é considerada um dos instrumentos fundamentais para a atenção integral.

A visita domiciliar é descrita como técnica e instrumento para o cuidado, ensino e pesquisa das/os diferentes profissionais e possibilita conhecer a realidade e realizar ações de cuidado. Na visita domiciliar existem cuidados especiais que devem ser levados em conta, tais como: considerar as particularidades de cada indivíduo e ambiente em que a visita for realizada; valorizar e respeitar os saberes e práticas de cuidado da família e usuários, buscando a sua participação no cuidado. O instrumento para visita deve conter dados de identificação da/o paciente, endereço, telefone para contato e ponto de referência, roteiro de orientações, procedimentos realizados e encaminhamentos. (HUSM, 2016a).

Porém, com tantas formas diferentes de atuar junto aos usuários e colher informações, ainda não existe um consenso em relação a um instrumento específico para ser utilizado na visita domiciliar, o que fica explícito é que esta deve ter um planejamento com objetivo definido para sua realização. No caso do SADHUSM, o principal elemento de trabalho da/o assistente social é a atenção à defesa dos direitos da pessoa em cuidado domiciliar.

A Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 do Ministério da Saúde redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No seu artigo segundo, inciso primeiro considera a Atenção Domiciliar (AD) uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ela (AD) é caracterizada por um conjunto de ações de prevenções e tratamento de doenças prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

No inciso segundo do mesmo artigo essa portaria considera o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como sendo um serviço complementar aos cuidados realizados na internação básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar a internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A referida portaria define também o Cuidador como sendo pessoa(s), com ou sem vínculo com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar. (BRASIL, 2016).

O plano terapêutico das/os pacientes é interdisciplinar e divide-se em quatro modalidades, sendo elas: a Prevenção que envolve medidas educativas; a Restauração que envolve medidas de reabilitação; o Suporte com medidas de adaptação que visam maximizar a autonomia do paciente; e o Paliativo que objetiva a minimização de complicações visando o conforto e melhor qualidade de vida ao paciente. (HUSM, 2015).

Segundo SCHOWONKE et al, (2008) internação domiciliar pode ser definida da seguinte forma:

[...] Internação Domiciliar é o nome dado ao cuidado prestado no domicílio do paciente, em substituição ou alternativo à hospitalização, por equipe técnica habilitada e multiprofissional, da área da saúde, da qual faz parte o assistente social, contando com estrutura e logística de apoio. Deve estar integrado a um programa específico com essa finalidade, sendo realizado

por instituição médica de assistência domiciliar e, obrigatoriamente, coordenada e supervisionada por médico, além de registrada no Conselho Regional de Medicina. (SCHWONKE et al, 2008, p. 78 apud BOLONHEZI, 2003).

Conforme Silva (2005),

[...] o Programa de Internação Domiciliar (PID) representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção. Entende-se que a análise dos programas em funcionamento pode contribuir para a definição de políticas públicas de saúde rumo à efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). [...] o Ministério da Saúde preconiza a internação domiciliar como uma diretriz para a equipe básica de saúde, destacando que a mesma não substitui a internação hospitalar e que deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior conforto à população. Para tanto, deve ser realizada quando as condições clínicas do usuário e a situação da família o permitirem.

No âmbito do Sistema Único de Saúde estão previstas algumas estratégias de cuidado e acompanhamento do usuário em rede de atenção domiciliar. O SUS reconhece a Atenção Domiciliar como estratégia de autonomia e independência do usuário. O programa de saúde domiciliar propõe a atenção multiprofissional e nesse cuidado, pretende-se resgatar de acordo com o estado clínico da/o paciente, sua recuperação, independência funcional, autonomia, procurando mantê-la/o como um(a) cidadã/ão ativa/o, participativa/o e produtiva/o. Conforme explica Silva (2010):

“[...] os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).[...] as iniciativas de atenção domiciliar vinculadas a hospitais quase sempre se orientam para a desospitalização, diminuição de custo, prevenção de riscos e humanização da assistência, e são direcionadas a grupos de usuários por patologias (tratamento domiciliar de feridas, portadores de distrofia muscular, paciente portadores de HIV/Aids).

A/O assistente social desempenha suas funções nas mais diversas áreas, tais como saúde, habitação, educação, assistência, previdência, etc. Assim, algumas das principais competências da/o assistente social no seu processo de trabalho são orientar a população na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos, realizar visitas domiciliares, executar perícias técnicas, elaborar

laudos, pareceres e disseminar informações e conhecimentos sobre matéria do Serviço Social.

Dessa forma, a profissão produz conhecimentos e ações considerando a participação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, facilitando a estes o acesso aos direitos básicos individuais, sociais, políticos e jurídicos que são previstos na Constituição Federal.

O Direito Social busca resolver as expressões da questão social, ou seja, todas as situações que representam as desigualdades da sociedade. É essencial para que as pessoas tenham o mínimo de qualidade de vida e dignidade. (BRASIL, 2016). Tendo em vista esse contexto torna-se importante acompanhar a/o usuária/o em internação domiciliar, bem como sua rede familiar na busca da garantia de direitos.

3.1 O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

O Serviço Social teve sua implantação no HUSM em 1975 e nos primeiros vinte anos contou com apenas duas assistentes sociais, uma contratada em 1985 e outra em 1995. Somente em 2004 e 2005 foram contratados, através de concurso público, novos profissionais do Serviço Social, aumentando assim para seis (06), o número de assistentes sociais no hospital até 2014. Somente após a realização de concurso público através da EBSEH em 2014 é que foram contratados novos profissionais no quais foram alocados em diferentes setores do hospital, onde há maior demanda.

O serviço de atenção domiciliar do HUSM (SADHUSM) foi criado em maio de 2005, e faz parte do Núcleo Interdisciplinar de Apoio ao Cuidado. Atende doentes portadores de enfermidades crônicas que não necessitem de internação hospitalar, clinicamente estáveis e sem condições de acompanhamento ambulatorial. Recebe encaminhamentos de pacientes de todos os setores do hospital, faz avaliação das/os pacientes no ambiente hospitalar e organiza a alta e a transferência para o domicílio.

Segundo a Lei 8662/1993, são atribuições da/o assistente social do SADHUSM, identificar os aspectos socioeconômicos que interferem no tratamento

do paciente e encaminhar providências para solucioná-las quando adequado. (HUSM, 2015).

A/O assistente social que faz parte da equipe multiprofissional do SAD e possui as seguintes atividades: realiza visitas domiciliares conforme a necessidade de cada doente/paciente; avalia e orienta os familiares quanto ao cuidado domiciliar; faz o acolhimento da/o paciente no leito; realiza perícia domiciliar ou hospitalar e se necessário são feitos os encaminhamentos: para o INSS (previdenciário), para o Ministério Público, para o conselho tutelar, DPU (Defensoria Pública da União) e para a 4º Coordenadoria Regional de Saúde; elabora justificativas, relatórios sociais, gráficos e pareceres sociais.

As atividades realizadas pelo assistente social sempre tem o objetivo de otimizar a ocupação dos leitos hospitalares, reduzir a média de permanência hospitalar e buscar a continuidade do cuidado no pós alta hospitalar. Possui também como objetivo descrever a avaliação social das/os pacientes, identificando a/o cuidador(a) (requisito indispensável) a partir de critérios de inclusão no serviço de atenção domiciliar. (HUSM, 2015).

As/Os assistentes sociais têm como compromisso informar os procedimentos necessários para realizar os encaminhamentos de acesso aos direitos e benefícios dos usuários tais como: auxílio-doença; Benefício de Prestação Continuada (BPC); Serviços socioassistenciais; acesso a fraldas; acesso a Próteses físicas e Auditivas; Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP); encaminhamentos para aquisição de medicamentos na Rede Básica; encaminhamentos para a 4º Coordenadoria Regional de Saúde (CRS); Encaminhamento via judicial; entre outros.

No caso do SADHUSM o atendimento é prestado por uma equipe multiprofissional, formada por duas/dois enfermeiras/os, um(a) técnica/o de enfermagem, duas/dois médicas/os assistentes, um(a) médica/o residente, um(a) fisioterapeuta, um(a) nutricionista, um(a) assistente social, um(a) fonoaudióloga/o e um(a) secretária/o. Conta ainda com a participação de residentes e acadêmicos da área da saúde e bolsistas.

O trabalho em rede² é desenvolvido em parceria com a Casa Maria, Liga Feminina de Combate ao Câncer, AAPECAN no caso de pacientes oncológicos;

² As redes são uma alternativa de articular os atores envolvidos na busca de um objetivo comum. lamamoto (2015, p. 63) ressalta que “o assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas

Amigos do HUSM, Lions Clube, CAP's, CRAS e CREAS. O serviço utiliza toda a rede disponível no território.

Dessa forma, a/o profissional assistente social inserida/o no ambiente hospitalar se depara com as mais variadas demandas no seu cotidiano. Ela/e precisa estar atento às necessidades das/os usuárias/os para que possa prestar as mais diversas informações a respeito de seus direitos.

As possibilidades de intervenção são várias, visto que cada paciente traz consigo um tipo de demanda definido pela doença que possui. Em razão disso necessita que a/o profissional assistente social utilize diferentes tipos de instrumentos para a avaliação, essa diversidade de possibilidades tem a ver, ainda, com composição familiar deste paciente, variando conforme o tipo de enfermidade, e também, devido as diferentes necessidades básicas de cada paciente e seus familiares. Enfim, as possibilidades irão variar conforme a necessidade e enfermidade de cada paciente internado.

O desafio da/o profissional assistente social está em poder compor com exatidão, praticidade e agilidade uma avaliação de cada caso e assim conseguir prestar um serviço com maior eficiência e efetividade para a/o paciente e seus familiares. No atendimento direto aos usuários trabalha-se com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano, uma palavra, uma escuta atenta e um acolhimento para o fortalecimento de sua própria humanidade.

Para tal, a/o assistente social se utiliza de uma gama de instrumentos tais como: questionários, pareceres, laudos médicos, tabelas, entrevistas, visitas domiciliares, boletins informativos entre outros que o ajudam a compor essa avaliação social, dessa forma, agir da melhor maneira possível dentro de suas possibilidades.

3.2 O ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: DESCRIÇÃO INSTITUCIONAL

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), fundado por José Mariano da Rocha Filho, começa sua história no ano de 1959, com a criação do Hospital Regional de Tuberculose de Santa Maria, construído na Rua Floriano Peixoto no

centro da cidade de Santa Maria. Em 1970 esse hospital-escola se transformou em Hospital Universitário setor Centro. Em julho de 1982, o hospital foi transferido para o Campus da Universidade Federal de Santa Maria, onde permanece até hoje localizado na Av. Roraima nº 1000 no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). (HUSM, 2016b).

O HUSM é o maior hospital público com o único pronto-socorro a atender exclusivamente pelo SUS no interior do estado do Rio Grande do Sul (RS). Há mais de 30 anos é referência no atendimento de urgência e emergência. Atualmente oferece 403 leitos para internação. A atual área física do hospital é de aproximadamente 30 mil metros quadrados. Tem como principal característica ser um hospital de ensino geral, público, de nível terciário que atende 100% pelo Sistema Único de Saúde (HUSM, 2016b).

O hospital tem como objetivo “ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas” (HUSM, 2016c). O HUSM oferece aos seus usuários um tratamento humanizado, contemplando os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) com ética, responsabilidade social e ambiental. Sendo desde a sua fundação um hospital de referência pelo uso da alta tecnologia empregada para atender demandas da alta complexidade. (HUSM, 2016c).

O HUSM tem por finalidade a formação profissional ao desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência a comunidade na área da saúde. Oferece ao público serviços ambulatoriais (laboratório de análises clínicas, serviço de internação domiciliar), serviços de diagnóstico por imagem (endoscopia, broncoscopia), Serviços de apoio terapêutico (fisioterapia, radioterapia, fonoaudiologia), residência médica, residência multiprofissional, entre outros. (HUSM, 2016c).

O HUSM possui dentre os seus princípios e valores o comprometimento com as/os usuárias/os, procurando sempre atendê-los com ética, transparência, respeito às diversidades, responsabilidade institucional e qualidade nas ações. Esses princípios fortalecem a humanização da prática profissional e contribuindo dessa forma para a consagração do princípio referido na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. (HUSM, 2016c).

4 ORIENTAÇÕES ÀS/OS USUÁRIAS/OS DO SADHUSM: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

O estágio obrigatório do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) realizado no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SADHUSM). O SAD é o núcleo encarregado de atender a/o paciente no domicílio e é formado por uma equipe multiprofissional. Importante destacar que estes profissionais possuem estagiários, os quais estão interagindo entre si e com a equipe. (HUSM, 2015).

O estágio ocorreu em dois períodos. O primeiro de 22 de setembro a 22 de dezembro de 2017 e o segundo de 15 de março a 30 de junho de 2018. Os períodos são referentes ao sétimo e oitavo semestres do curso de Serviço Social. Esta experiência contribuiu para o aperfeiçoamento profissional do aluno.

O perfil das/os usuárias/os do hospital é bastante diversificado. Eles vêm de todos os lados da cidade embora que sua maioria seja de pacientes que moram na periferia de Santa Maria. Sendo que muitos deles se encontram em situação de vulnerabilidade social. Estas/es usuárias/os pertencem a diferentes classes sociais e gêneros, porém percebe-se que a maioria é composta por assalariados, trabalhadores informais, aposentados, acidentados no trânsito, pessoas soropositivas, tetraplégicas, idosos, adolescentes, mulheres, pessoas com câncer, infectadas por bactérias, pessoas portadoras de deficiência, entre outros.

Num primeiro momento a realidade do hospital causa impacto com seus corredores lotados de macas e pacientes aguardando atendimento. Estes estão dividindo o espaço com diversos profissionais e estudantes que ali vivem seu cotidiano. Há longas filas espalhadas por alguns setores com muitos pacientes esperando por atendimento em pé. Este é um fator que revela a infraestrutura limitada do local.

Todos os dias chegam ao hospital dezenas de pacientes para as consultas agendadas, além daqueles que chegam pelo pronto-socorro. São pacientes com os mais diversos tipos de doenças e adoecimentos. Muitos destes adoecimentos apresentam algum tipo de relação com a falta de higiene e saneamento, com a falta de moradia digna, com a precariedade da alimentação, com o uso abusivo de fumo e álcool, e outras expressões da questão social presentes em nossa sociedade.

Os tratamentos realizados no hospital mostram a cada andar a complexidade do local. São profissionais e estudantes da área da saúde prestando atendimento aos pacientes internados, em um ciclo sem fim de cura e doença. Sempre buscando segundo os princípios do hospital um atendimento mais humanizado e satisfatório para os pacientes, com ética e respeito às diversidades.

Chegando ao andar térreo do hospital encontra-se o pronto-socorro funcionando 24 horas e atendendo exclusivamente pelo SUS. A situação neste setor é de superlotação, portanto não apresenta condições adequadas para um atendimento com privacidade. É um setor muito dinâmico onde há intensa rotatividade de pacientes.

Por este setor entram demandas de todos os tipos para a/o assistente social, porém o excesso de pessoas no local dificulta o trabalho do profissional. O pouco espaço ou a falta deste é um problema recorrente entre os profissionais do serviço social que trabalham no hospital e na maioria das vezes tem que dividir o seu espaço com os outros profissionais.

No primeiro andar fica localizado o SADHUSM. O núcleo mantém em média trinta pacientes internados recebendo atendimento da equipe multiprofissional. É neste andar que se localizam os ambulatórios que atendem os pacientes que chegam todos os dias para as consultas clínicas especializadas. É onde se encontra o portão de entrada do hospital e se formam as grandes filas com muitos pacientes aguardando a sua vez em pé.

Subindo ao segundo andar é possível ver onde ficam os leitos para as gestantes e mulheres com câncer. É neste andar que as mães esperam seus bebês até que saiam da UTI, caso o recém-nascido apresente algum tipo de problema. Mais acima, no terceiro andar, encontra-se o Ambulatório de Quimioterapia. Neste andar são realizadas as cirurgias no hospital em pacientes vindos de toda a região de cobertura do hospital.

No quarto andar ficam a Clínica Médica I e os pacientes do setor de nefrologia, cardiologia, hematologia e oncologia. No quinto andar funciona a Clínica Médica II e o setor de pneumologia. Neste andar encontra-se uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), dotada de monitorização contínua que recebe pacientes potencialmente graves. E finalmente, no sexto andar do hospital ficam a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a Pediatria.

Em sua grande maioria, as/os pacientes que são internados pelo Serviço de Atenção Domiciliar já possuem uma pasta com seu nome contendo, em um questionário padronizado, dados sociais que foram levantados pela/o assistente social do setor de origem deste paciente. Dessa forma, a/o profissional do SAD recebe o encaminhamento de internação domiciliar contendo um relato já colhido pela/o colega, a partir daí é feita uma entrevista com a/o paciente e/ou cuidador(a) para que se obtenha o preenchimento de um questionário de uso exclusivo.

Nesta entrevista a/o assistente social obterá dados relativos à identificação pessoal (nome, idade, escolaridade, telefone), situação previdenciária (pensionista, aposentada/o, auxílio doença), situação conjugal (solteira/o, casada/o, viúva/o), tipo de moradia (própria, alugada, cedida), renda familiar (com renda, sem renda, quem é a/o maior provedor), dados da/o cuidador (a), Registro Geral (RG), Código de Pessoa Física (CPF), composição familiar, entre outras informações.

Há um modelo padrão de questionários, fichas e outros procedimentos realizados pelas/os assistentes sociais nas entrevistas com as/os pacientes. Este modelo facilita a obtenção de dados que servem para a correta interpretação e avaliação da realidade de cada paciente.

Dessa forma, um dos objetivos da visita domiciliar é verificar a veracidade dos fatos narrados. A partir do momento em que a/o assistente social reconhece o cotidiano da/o paciente pode ver as vulnerabilidades presentes no lugar onde vive a/o paciente com mais clareza. O assistente social pode assim decidir a melhor forma de intervir e resolver as demandas.

Existem questões relevantes em relação aos pacientes e seus cuidadores, uma delas é a pouca organização ou a ausência desta com o manuseio da documentação fornecida aos pacientes. Muitos perdem documentos e/ou atestados dificultando a evolução do trabalho da/o profissional que tem que providenciar novamente estes documentos.

Outra questão refere-se aos cuidados exigidos pela equipe para que a/o paciente consiga se recuperar, pois nem sempre a/o cuidador(a) responsável ou a família conseguem atingir um nível satisfatório no trato com a/o paciente. Isso traz complicações para o processo de recuperação, fazendo com que a/o paciente fique internada/o por mais tempo ou volte a ser hospitalizada/o.

As visitas domiciliares durante o período de estágio foram constantes em um ou dois dias por semana. A/O assistente social do núcleo tem um carro com motorista à

sua disposição necessitando apenas agendar com antecedência. Por meio das visitas se obteve os primeiros contatos com a realidade do cotidiano da/o usuária/o do SAD.

Durante as visitas domiciliares ocorreram situações em que foi possível identificar vários tipos de vulnerabilidade social: condições de habitação precárias, baixa renda per capita, pacientes envolvidos com o tráfico, pacientes vivendo em condições miseráveis, filhos e filhas de pacientes em idade escolar que não estavam matriculadas ou não estavam frequentando regularmente a escola são algumas delas.

A atuação da/o profissional junto a outras instituições revela em cada acesso um conhecimento enriquecedor sobre o funcionamento da rede de suporte social a disposição da/o usuária/o. Em vários casos a/o assistente social realiza encaminhamentos à rede de instituições do território da/o paciente, tais como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Conselho Tutelar, entre outros.

A/O assistente social do SAD executa suas tarefas tanto dentro como fora do hospital. São realizados contatos por telefone, preenchimentos de questionários e formulários, revisadas as pastas dos pacientes em busca de informações, atendimentos ao paciente no leito hospitalar, conversas com os familiares ou cuidador(a), além das visitas ao domicílio de onde podem surgir outros tipos de demandas. Há casos em que é necessário prestar suporte ao paciente e a sua família que também estão vulneráveis.

Durante o período de estágio surgiram várias oportunidades de acompanhar a atuação profissional no campo. Em uma das visitas participou-se de uma “Reunião para mediar conflitos familiares com Ata”. Neste caso a/o assistente social vai até o domicílio da/o paciente acompanhado por outra/o(s) profissional(is) da equipe para achar a melhor maneira de solucionar o conflito amigavelmente. Tudo é registrado em ata e assinado pelas partes envolvidas e por uma testemunha. É uma demanda privativa da/o assistente social, pois é ela/e quem possui conhecimentos teórico-metodológicos e éticos para resolver tal conflito.

A/O profissional do Serviço Social que trabalha neste núcleo tem que estar em integração com o resto da equipe para conseguir realizar com êxito seu trabalho. Ele necessita dar explicações ao paciente não somente sobre os direitos e benefícios previstos em lei, mas também orientar a/o cuidador(a) a respeito dos horários e dosagem dos remédios, dicas sobre higiene e cuidados básicos, entre outros.

Entre os documentos e encaminhamentos sociais realizados pela/o assistente social do núcleo destacam-se: o atestado para transporte social; o atestado para o uso contínuo de fraldas; atestado e formulário para tarifa social de energia elétrica: para encaminhar pedido de aspirador para o Estado; para encaminhar pedido de medicação via Defensoria Pública da União (DPU) e via 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS); encaminhamentos para cama hospitalar, cadeira de rodas e de banho. Ainda deve preencher laudos e/ou relatórios para o Ministério Público, participar de reuniões e capacitações.

Existem instrumentos de trabalho usados pela/o profissional que apresentam peculiaridades e/ou são pouco usados. São os formulários para encaminhamentos de guincho para pessoas acamadas via DPU e o encaminhamento para Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Sendo o guincho usado no caso de pacientes obesos e o TFD usado quando não há mais possibilidade de tratamento no hospital. Os mais recorrentes são o atestado para o uso contínuo de fraldas e o encaminhamento para aquisição de cama hospitalar e cadeira de rodas e/ou de banho.

Há também os encaminhamentos para o terceiro setor, tal como as Organizações Não Governamentais (ONG's) da qual são parceiras do hospital a Casa Maria, Associação de Apoio as Pessoas com Câncer (AAPECAN), a Liga Feminina de Combate ao Câncer (LFC Câncer), entre outros.

Uma atividade que faz parte da profissão e proporciona um contato com a realidade dos bastidores da assistência à saúde é a participação em conselhos de saúde. O Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria reúne-se semanalmente e na maioria das reuniões abre-se espaço para as/os visitantes/convidadas/os. Este é um espaço democrático e privilegiado para o aprendizado da/o assistente social porque revela os caminhos a se percorrer no momento de buscar a inclusão das/os usuárias/os junto às políticas públicas na área da saúde.

4.1 FOLDER INFORMATIVO: PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL

A/O usuária/o do Serviço Social é um sujeito de direitos, dessa forma possui direitos que devem ser respeitados e quando a/o assistente social é chamado a intervir deve ter em mente os recursos disponíveis pela instituição.

Os chamados instrumentais operativos, quais sejam, as técnicas, os instrumentos (diário de campo, observação sensível, entrevista entre outros), as habilidades e os métodos que se constituem na ação profissional (o saber fazer), são excelentes instrumentos de sistematização profissional. Este instrumentos também servem de investigação da realidade social que possibilitam a interlocução entre a teoria e a prática, consolidando assim uma postura investigativa no avanço do processo de intervenção.

Dessa forma, quanto melhor a escolha e elaboração dos instrumentos, melhor será a capacidade de intervenção da/o assistente social. Para um maior avanço no processo de intervenção a/o assistente social deve relacionar as possibilidades institucionais, pessoais e profissionais e os valores éticos presentes na ação profissional.

Possibilitar a/o usuária/o ter acesso às informações é a função da/o assistente social. Partindo da premissa de que é preciso pensar nos meios para se chegar a determinada finalidade é que foi desenvolvido um boletim informativo (*folder*), para atender aos usuários do SADHUSM. Sua construção deu-se no sentido de fornecer previamente informações a respeito de seus direitos com a finalidade de orientar esses sujeitos para que tivessem acesso ao benefício adequado a sua situação de vulnerabilidade.

A ideia de elaborar um folder com informações aos pacientes começou a ser desenvolvida a partir da análise institucional do HUSM, levando em conta sua coerência, viabilidade, bem como, suas características e o conjunto de circunstâncias que envolvem a instituição. Foi pensado “o que fazer?” e “para quem fazer?” de forma a ser um novo instrumento que visasse intervir e transformar a realidade das/os usuárias/os, conscientizar a população usuária de tais direitos e benefícios dentro dos limites e possibilidades ofertadas pelo HUSM.

Segundo o Código de Ética no seu artigo 5º, alínea “c” é dever da/o assistente social nas suas relações com as/os usuárias/os “Democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação das/os usuárias/os”. (BRASIL, 2012, p. 29).

As informações que fazem parte do *folder* foram coletadas e selecionadas a partir da demanda das/os usuárias/os com o intuito de ampliar as possibilidades de inclusão. Para tanto, foram realizadas pesquisas em campo, mapeamento e

conscientização das/os usuáras/ios. O projeto também levou em consideração, o perfil da/o usuária/o (homens e mulheres com doenças crônicas e moradores da periferia em sua maioria).

Considerou-se ainda, as expressões da questão social, se eram desempregados, autônomos, em situação de risco, falta de habitação, o território onde a instituição está inserida, entre outros. Após foram avaliados os casos mais recorrentes de encaminhamentos de benefícios, atentando, também, aos endereços e telefones mais procurados pelos usuários. A partir daí foi elaborado um cronograma para elaboração e início da entrega do material informativo.

Juntamente a entrega do boletim ao usuário era fornecida explicação a respeito do benefício o qual estava recebendo no momento. Sempre que foi necessário a/o usuária/o era informado da possibilidade/viabilidade de acessar outro benefício que lhe fosse mais vantajoso. Este poderia ocorrer isoladamente ou em concomitância ao benefício recebido. Sempre levando em conta seu bem estar e de sua família. Para tanto o boletim informativo continha a relação dos documentos necessários e os endereços dos locais para se realizar os encaminhamentos.

O objetivo maior do *folder* teve como foco os resultados que se quis alcançar, em relação aos direitos humanos e de cidadania. A finalidade, portanto, constitui-se na inclusão desses sujeitos de direitos aos benefícios prestados pela política de saúde, dentro do programa de internação domiciliar do SADHUSM.

Por fim, na sua elaboração e execução levaram-se em conta os limites físicos, ideológicos, políticos, éticos, entre outros encontrados na instituição, bem como os valores presentes no código de ética da profissão. Considerando, também, a sua eficiência (os recursos humanos, financeiros e materiais) e sua eficácia (alcançar o resultado desejado de inclusão dos sujeitos). O monitoramento e a avaliação puderam ser realizados nas visitas domiciliares subsequentes, tanto pela/o assistente social, como pelo estagiário.

4.2 AVALIAÇÃO PROPOSITIVA DO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO HUSM

O estágio obrigatório em Serviço Social no Hospital Universitário de Santa Maria proporcionou o acompanhamento do fazer profissional num campo amplo como a saúde pública. Durante o período do estágio foram utilizados vários instrumentos de trabalho para atender a diversificada demanda.

Ao fazer uso deste instrumental, que a/o assistente social dispõe, percebeu-se a dinâmica da relação entre as dimensões técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política que embasam a práxis, e a implicação/relação destas junto à atuação interdisciplinar/multiprofissional do assistente social. É a partir da compreensão destas dimensões que as ações da/o(s) assistente social influenciam objetivamente no contato direto com as/os usuáries/as do SADHUSM.

É necessário ressaltar que toda conduta adotada pelo núcleo multiprofissional estão definidas na Cartilha de Procedimento Operacional Padrão (POP) e no Manual de Gerenciamento da Rotina (julho de 2015). Estes documentos descrevem como deve ser o perfil do atendimento feito pelo SAD, quais os objetivos de cada avaliação, o modo como esta será aplicada, as responsabilidades de cada membro da equipe, os procedimentos técnicos (que envolvem o material necessário), os cuidados especiais, assim como os resultados esperados e as ações corretivas se necessário. Tais manuais têm como base o Código de Ética do Serviço Social (CFESS) e os Parâmetros para atuação do Serviço Social na Saúde (CFESS).

No manual constam os encaminhamentos de direitos e benefícios sociais os quais a/o assistente social do SAD pode/deve oferecer as/os usuáries/os. Estes fatos já evidenciam as limitações enfrentadas pelas/os profissional/is frente às expressões da questão social vivenciadas no cotidiano das/os usuáries/os. Nos casos não previstos resta ao profissional encaminhar as demandas pertinentes aos colegas da rede de apoio.

Em outros termos, o trabalho (e a relativa autonomia) da/o assistente social encontra-se sujeito a um arcabouço de determinantes históricos que limitam suas ações as quais dependem das políticas adotadas pelas instituições empregadoras que estabelecem as prioridades a serem atendidas. Conforme Iamamoto (2010, p. 424) há “uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho”.

Há desde as limitações de ordem espacial, tal como a falta de uma sala exclusiva para fazer os acolhimentos que muitas vezes são realizados nos corredores, em salas improvisadas/emprestadas ou na maioria das vezes em presença de outros profissionais do núcleo, até as limitações de cunho hierárquico que impossibilitam a tomada de certas decisões. Estas limitações prejudicam o fazer profissional.

Existem dentre as dificuldades enfrentadas uma em especial que é a falta de acompanhamento a/o usuária/o por parte da/o assistente social após a alta da/o(s) paciente/usuária/o(s), devido à rotatividade de usuárias/os no programa. Apesar de, a/o assistente social do núcleo, realizar contato algumas vezes após a alta este serviço não é prioritário. Este fato dificulta medir a eficiência/eficácia do trabalho diante dos encaminhamentos realizados pelas/os assistentes sociais, tendo em vista a emancipação dos sujeitos. Enfim, se realmente foi possível mudar a realidade da/o usuária/o.

No tocante a participação das/os usuárias/os ela se dá por meio da/o cuidador(a), já que na maioria dos casos é ela/e quem recebe as orientações a respeito dos cuidados, assim como das orientações sobre os benefícios e os documentos necessários para a inclusão da/o paciente nas políticas sociais. O perfil da/o cuidador(a) é formado em sua maioria por pessoas ligadas à família, tais como filhas/os, pais, tias/os, entre outros.

De forma geral é possível considerar que as possibilidades de intervenção são limitadas pela instituição que dispõe de todo o regramento/gerenciamento para o atendimento as/os usuárias/os. No caso do SADHUSM há número definido de benefícios, direitos e encaminhamentos reservados as/os usuárias/os que podem ser feitos pela/o assistente social. Uma sugestão para ser incluída no rol dos benefícios/direitos das/os usuárias/os seria a do direito a um(a) cuidador(a), já que a falta desta/e não permite a adesão das/os usuárias/os ao programa de internação domiciliar. Fato este que coloca em risco a saúde das/os usuárias/os.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do curso de graduação em Serviço Social, muitos aprendizados foram construídos no decorrer do processo de formação. Ao refletir sobre a formação acadêmica e a sua relevância na qualidade dos conhecimentos adquiridos percebeu-se o quanto as aulas presenciais, as palestras, os fóruns, os seminários, os congressos, as pesquisas e os trabalhos realizados foram importantes. Enfim, o curso de Serviço Social da UFSM, na sua totalidade, adquire um caráter fundamental na formação de um profissional crítico e capacitado para intervir na defesa das/os usuárias/os.

Trata-se de um curso transformador e em transformação, pois o trabalho da/o assistente social tem na amplitude de sua atuação profissional uma grande relação com a transformação social dos sujeitos envolvidos, sejam eles coletivos ou não. A transformação se dá no momento em que o trabalhar social traz em si dimensões emancipatórias como a cidadania, a liberdade, entre outras, como indica o Código de Ética.

O estágio curricular em Serviço Social mostrou-se essencial à formação acadêmica, pois constituiu o elo necessário entre a academia e o campo de trabalho. A teoria orienta a análise e a leitura da prática, na medida em que a teoria procura desdobrar-se em mediações necessárias para orientar o “como” intervir na prática dos profissionais. Um meio de acesso a estas mediações encontra-se em uma leitura perspicaz e abrangente, na qual não é neutra, da conjuntura pela/o profissional, já que as mediações feitas exigem desta/e um conhecimento detalhado, uma compreensão da instituição e da realidade.

O campo em que foi realizado o estágio constituiu-se em um lugar dinâmico, apresentando ao estagiário de Serviço Social diversos casos onde foi possível aprender mais a cada dia. A experiência obtida apresentou-se riquíssima em termos de conhecimento da profissão na área da saúde e a sua relação com as demais profissões envolvidas no cuidado com a/o paciente usuária/o.

Finalmente, ao tomar conhecimento durante o estágio dos encaminhamentos e instrumentos e, de uma maneira geral, do fazer profissional da/o assistente social, juntamente com as articulações junto às instituições envolvidas conclui-se que essa (inter)relação da academia e o campo de atuação é de grande utilidade no aprendizado do aluno. Essa interação promove o conhecimento referente ao

cotidiano da/o profissional e ao mesmo tempo é reveladora do papel da/o assistente social frente às expressões da questão social no trabalho de inclusão das/os usuárias/os das políticas públicas. Dessa forma, a identidade da/o futura/o profissional assistente social vai sendo construída durante os anos de graduação com as diversas disciplinas cursadas, inclui, também, o estágio e seguirá sendo edificada e alicerçada no exercício profissional futuro.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN, A. E. Na historical perspective on home care policy. **The Milbank Quartely**, New York, v. 71, n. 1, p.129-166, 1993.

BORBA, J. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. **Katálysis**. p.19-27. 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS;1986.

BRASIL.(a) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar – volume 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL, **Código de Ética do(a) Assistente Social, Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10ª ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 825**, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: https://www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

BRASIL – Ministério da Saúde. **PORTARIA nº 825**, de 25 de abril de 2016. Disponível em: [bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html](https://www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)> Acesso em: 30 de out. de 2018.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A Gestão Da Atenção Na Saúde: Elementos Para Se Pensar A Mudança Da Organização Na Saúde. In: Campos, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado De Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, P. 837-868, 2006.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Assistentes sociais no Brasil. Elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília [DF], 2005.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Legislação e Resoluções sobre o Trabalho do/a Assistente Social. Resolução CFESS 533/2008**. Regulamenta a SUPERVISÃO DIRETA DE ESTÁGIO no Serviço Social. Brasília: CFESS, 2011. Disponível em: www.cfess.org.br

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.

DALLARI, S.G. A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde: Aspectos Legais Do Sus. In: Brasil. Ministério Da Saúde. Coordenação De Informação,

Educação E Comunicação. Núcleo De Estudos Em Saúde Pública – Nesp. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: Textos Técnicos Para Conselheiros De Saúde**. Brasília, IEC, 1994.

GUERRA, Y. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. In: Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Capacitação em Serviço Social e Política Social. CFESS/ABEPSS-UNB, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2015.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de Filosofia**. Zahar: Rio de Janeiro, 1996.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Ações Educativas e Serviço Social: Características E Tendências Na Produção Bibliográfica. **Revista Temporalis**, Brasília (DF), n. 21, p. 211-237, Jan./Jun. 2011.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 3. ed. 1986.

MAGAJEWSKI, F. Seletividade estrutural e a construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no período 1987-1990. **Dissertação** (Mestrado em Administração). Florianópolis. CPGA/UFSC, 1994.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serv. Soc. Sociedade**. São Paulo, n. 107, p. 497 – 608, Jul/Set. 2011.

NETO, E. R. Reforma sanitária e sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública — NESP. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1994.

NEVES, A.V.; SANTOS, C.; SILVA, S. Conselhos Municipais de Assistência Social: novas competências para o trabalho do assistente social. **Katalysis**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 173-181, jul./dez. 2012. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6109/5671>. Acesso em 28 de outubro de 2018.

NOGUEIRA, V. M. R. Intervenção Profissional: legitimidade em debate. **Katalysis**, v.8, n.2, p.185-192, Jul./Dez. 2005.

NORONHA, J. C. et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2051-2059, 2018.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à 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 de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.html. Acesso em 28 de outubro de 2018.

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria. **Manual do gerenciamento de rotina. 2015**. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/noticias/-/asset_publisher/pCbxBQOwEAY9/content/id/1647252/2016-11-manuais-de-gerenciamento-de-rotinas-dos-servicos-e-pops-gerais-do-husm-estao-na-intranet

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria. **Cartilha de Procedimento Operacional Padrão – POP**, do HUSM. 2016a. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufsm/pops-2016>.

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria. **Nossa História**. 2016b. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>.

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria. **Missão, valores e visão**. 2016c. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/missao-visao-e-valores>.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601729&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 outubro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.

SANTOS, M. A. Lutas Sociais Pela Saúde Pública No Brasil Frente Aos Desafios Contemporâneos. **Katálisis**, V. 16, N. 2, 2013 Florianópolis P. 233-240.

SILVA, K. L.; et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, Junho 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de dezembro de 2018.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVA, M. O. S. **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do Projeto Profissional de Ruptura. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUSA, A. M. C. Universalidade da Saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Rev. Katálisis** v.17, n.2, p.227-234. 2014.

SCHWONKE, C. R. G. B.; SOSA, S. J. R.; D'AGOSTINO, C. A. L. et al. Internação domiciliar: reflexões sobre a participação do cuidador/família/enfermeiro no cuidado **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. XII, n. 1, p. 77-90, 2008.

TEIXEIRA, C. F. **Os Princípios Do Sistema Único De Saúde**. Conferências Municipal E Estadual De Saúde. Salvador, Bahia. Junho De 2011.

TORRES, M. M. As múltiplas dimensões presentes no exercício profissional do assistente social: intervenção e o trabalho socioeducativo. **Serviço Social em Revista**, Londrina, V. 12, N.1, P. 202-227, Jul/Dez. 2009.

APÊNDICE A – FOLDER

Auxílio-doença (B. Previdenciário): É preciso ter efetuado no mínimo 12 contribuições à Previdência Social (INSS) e estar *incapacitado para o trabalho* pela Perícia Médica do INSS + Laudo Médico c/ CID + RG + CPF + Carteira de Trabalho

Majoração de 25% (B. Previdenciário):
É preciso estar *aposentado por invalidez* + CID + nº Benefício Previdenciário + CPF + RG + Comprovante de Endereço

Benefício de Prestação Continuada - BPC (B. Assistencial) concedido ao *idoso com 65 anos* ou mais e a *pessoa com deficiência*. É necessário: Atestado Médico + Inclusão prévia no Cadastro Único + Número de Inscrição Social (NIS)

Acesso à Fraldas (B. Assistencial): concedido à pessoas com incontinência urinária e fecal. É necessário: Cartão SUS + RG + CPF (paciente e acompanhante) + Procuração Pública/Documento de Curatela + Comprovante de Residência/Renda + formulário do CEDAS



Centro de Diagnóstico e Atenção Secundários (CEDAS)
Rua Serafim Valandro, nº 400 - Horário: segunda a sexta das 07hs as 12hs e das 13hs as 16hs.

TELEFONES ÚTEIS

- *Previdência Social S. Maria – fone: 3302-3221 ramal 135
- *Sec. Municipal de Saúde – fone: 3921-7203
- *Sec. de Assistência Social – fone: 3221-9772
- *SADHUSM - fone: 3213-1456 / 99219-7728
- *Farmácia Municipal Central - fone: 3226-8368
- *Farmácia da 4º CRS – fone: 3222-2929/ramal 202
- *Farmácia Distrital Leste (Camobi) – UBS Wilson Paulo Noal – fone: 3226-2457
- *Farmácia Distrital Oeste (T. Neves) – Policlínica Rubem Noal - fone: 3214-1007
- *Transporte para Tratamento de Saúde – fone: 3222-7143 / 3222-3549
- *Policlínica Central José Erasmo Crossetti - fone: 3921-1097
- *4º Coord. Reg. de Saúde – fone: 3222-2929
- *Ministério Público – SM – fone: 3222-9049
- *Defensoria P. da União – S.M – fone: 3218-9600
- *Defensoria P. do Estado – SM - fone: 3218-1032
- *CEDAS – Santa Maria – fone: 3921-1094

Produzido por Newson Adriano F. de Oliveira aluno de graduação em Serviço Social 8º semestre/2018



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS






O Serviço Social tem compromisso com a defesa dos direitos humanos, da democracia, da liberdade e da justiça social, da emancipação e da independência dos sujeitos. Dessa forma, a profissão produz conhecimentos e ações considerando a participação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, facilitando a estes o acesso aos direitos básicos individuais, sociais, jurídicos e políticos que são previstos na Constituição Federal. Isto é essencial para que as pessoas tenham o mínimo de qualidade de vida e dignidade.

OBSERVAÇÕES

Farm. Municipal Central Rua Roque Calage, nº 55
Atendimento: segunda a sexta das 08hs as 15hs.

Aquisição de Medicamentos – Rede Básica (B. Municipal)
Documentos: Cartão SUS + RG+ Comprovante de Endereço + Receita Médica (duas vias)

Secretaria Municipal de Saúde
Endereço: Av. Medianeira, 355
Atendimento: segunda a sexta das 14hs as 15:45hs

Transporte Tratamento de Saúde (B. Municipal):
– Agendar c/ 1 dia de antecedência
Documentos: RG + Atestado c/ CID + Comprovante de Residência/Renda + Tipo e Frequência do Tratamento *
Horário: das 14hs as 16hs

Tarifa Social de Energia Elétrica (B. Assistencial):
Encaminhar Cadastro Único na Secretaria de Assistência Social (Rua General Neto, nº 504) de segunda a sexta das 07:30hs as 12hs
Documentos: RG + CPF + Comprovante de endereço + NIS ou BPC + Atestado Médico

Solicitar na AES Sul (Rua Venâncio Aires, 1476) – Centro – de segunda a sexta das 09hs as 17hs
Informar o código da unidade consumidora a ser beneficiada

4º Coordenadoria Regional de Saúde
Endereço: Rua General Neto, 100 - centro – SM
Horário: Das 08hs as 13hs
email: 4CRS@saude.rs.gov.br

Farmácia da 4º Coordenadoria – RS
Endereço: Rua Astrogildo de Azevedo, nº 277
Horário: das 08hs as 13hs

Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada – ODP (B. Assistencial) (via Secretaria Estadual de Saúde)
Documentos: RG + CPF + Cartão SUS + Atestado Médico + Exames

Atendimento a Ostomizados
Policlínica Central José Erasmo Crossetti
Rua Floriano Peixoto, nº1752 - Centro – SM



Defensoria Pública do Estado/União (DPU)
Av. Rio Branco, nº 639

Aspirador de Secreção das Vias Aéreas
Documentos: Atestado com CID sobre a necessidade de aspiração + encaminhar negativa na 4º CRS + RG + CPF+ Cartão SUS (usuário e responsável) + Comp. renda e endereço + três (3) orçamentos encaminhar via DPU.

ANEXO A – FOLHA DE CHECK LIST



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Serviço Social SAD HUSM

Nome:

Same:

Idade:

Local do encaminhamento:

Data:

Documentos /Encaminhamentos Sociais

Check List

- () Atestado p/ transporte;
- () Atestado p/ fraldas;
- () Formulário do CEDAS fralda;
- () Encaminhamento p/ BPC;
- () Encaminhamento p/ solicitar cama hospitalar em nosso patrimônio;
- () Encaminhamento p/ solicitar em outra instituição:
 - () cama hospitalar () cadeira de rodas () cadeira de banho;
- () Atestado e formulário p/ tarifa social de energia elétrica;
- () Encaminhamento de Oxigenoterapia domiciliar p/ 4ª CRS;
- () Formulários/ atestados para encaminhar pedido de aspirador para o Estado;
- () Formulários/ atestados para encaminhar pedido de medicação via DP U;
- () Formulários/ atestados para encaminhar pedido de medicação via 4ª CRS;
- () Encaminhamentos p/ ONGS:
 - () Casa Maria () AAPECAN () LFC CÂNCER;
- () Laudo ou Relatório p/ Ministério Público;
- () Reunião para mediar conflitos familiares com Ata;
- () Encaminhamento de TFD (tratamento fora de domicílio);
- () Formulários p/ encaminhamentos de Guincho p/ pessoas acamadas via DPU;