

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

Juliana Carpes da Silva

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL
NO PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA
MARIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA ATENÇÃO AOS IDOSOS**

Santa Maria, RS
2019

Juliana Carpes da Silva

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA ATENÇÃO AOS IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Bacharela em Serviço Social**.

Orientador: Prof. Dr. Jairo da Luz Oliveira

Santa Maria, RS
2019

Juliana Carpes da Silva

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA ATENÇÃO AOS IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Bacharela em Serviço Social**.

Aprovado em 11 de dezembro de 2019:

Jairo da Luz Oliveira, Dr. (UFSM)
(Presidente /Orientador)

Scheila Kocourek, Dr.^a (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

“...No mundo tereis aflição, mas tende bom ânimo, eu venci o mundo”

João 16:33

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter preparado o caminho para esta realização e me conduzido até o momento sendo Fiel em todas as coisas que faço. Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas

A minha avó materna Izaura Rodrigues Carpes, que é como um anjo em terra e que com suas orações alcança ao Pai em meu favor, sendo minha maior inspiração e orgulho.

Agradeço a minha mãe Neuza Rodrigues Carpes, pelos valores dados desde de sempre, e pela exigência que me fez sempre querer ser melhor.

As minhas primas adoradas e as minhas amigas fieis que são minha família também, por todo apoio e socorro nas horas mais difíceis ao longo desses 4 anos e meio.

Agradeço a Universidade Federal de Santa Maria, oportunidade de ter cursado um ensino superior público, gratuito e de qualidade.

E por fim agradeço a todas as pessoas que Deus usou de alguma forma para que esse sonho se realizasse, sendo muitas. Meu muito obrigada!

Enfim, a todos meu muitíssimo obrigada!

RESUMO

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA ATENÇÃO AOS IDOSOS

AUTORA: JULIANA CARPES DA SILVEIRA
ORIENTADOR: JAIRO DA LUZ OLIVEIRA

O presente trabalho tem como objetivo abordar a problemática do envelhecimento demográfico no Brasil e o processo de envelhecimento vivenciado pela classe trabalhadora brasileira, dando visibilidade às especificidades do idoso no campo da saúde sob a óptica do Serviço Social. Entende-se que se faz necessário evidenciar a temática, com vistas a refrear o aprofundamento das refrações da questão social na velhice. O estudo está baseado, sobretudo, em uma pesquisa bibliográfica e em considerações advindas da experiência do estágio curricular obrigatório, realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no setor de pronto-socorro. O estudo também traz também um breve panorama da implementação da política pública de saúde no Brasil, do cenário político e econômico que engendraram o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como considerações sobre o SUS na atualidade, enfocando os setores de urgência e emergência, mais especificamente na incidência de fraturas na terceira idade, considerando a crescente demanda coletiva da população. Refletimos sobre a importância do assistente social que atua na área de saúde frente a essa demanda e seus desafios diários na garantia de acesso a direitos sociais dos usuários do serviço.

Palavras chave: Serviço social. SUS. Questão Social. Envelhecimento. Fratura.

RESUMO EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

TÍTULO DO TCC EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

AUTHOR: JULIANA CARPES DA SILVEIRA

ADVISOR: NOME DO ORIENTADORA

This study intends to address the demographic aging in Brazil and the aging process experienced by the Brazilian working class, giving visibility to the specificities of the old age in the health area, from the perspective of social work, understanding that it is necessary to highlight this theme, aiming to curb the deepening of the misfortunes imposed by the aging process. The study is based mainly on bibliographic research and considerations arising from the experience of the curricular internship, held at the University Hospital Santa Maria-HUSM, as a social work academic. The study also provides a brief overview of the implementation of Brazilian public health system, the political and economic scenario in which the Unified Health System (SUS) was created and considerations about the current system, focusing on urgency and emergency. , more specifically the incidence of fractures in elderly people, considering the increasing collective demand of the population. We reflect about the importance of the social worker who works in the health area in face of this demand and its daily challenges to ensure access to the social rights of service users.

Palavras-chave em língua estrangeira: Social Work. SUS. Social Problems. Aging Process . Fracture.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	IMPLICAÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	10
2.1	CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO SUS NA ATUALIDADE	14
2.2	POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO	16
2.3	PRONTO-SOCORRO E A OCORRÊNCIA DE FRATURAS EM IDOSOS COMO OBJETO DE INTERVENÇÃO	18
2.4	SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	23
2.5	O IDOSO NO BRASIL E A QUESTÃO SOCIAL.....	27
3	REFLEXÕES SOBRE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE ÀS DEMANDAS DOS IDOSOS HUSM	32
3.1	ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM).....	35
3.2	PROJETO DE INTERVENÇÃO	37
3.3	DESAFIOS DA PRÁTICA INTERVENTIVA NO CAMPO.....	42
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICE A – FICHA DE ATENDIMENTO AOS IDOSOS (PROTOCOLO).	51
	APÊNDICE B – TABELA DE DADOS COLETADOS NOS ATENDIMENTOS	52

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, existem, no Brasil, cerca de 15 milhões de idosos e, segundo projeções estatísticas, em 2025, haverá 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, de modo que o Brasil será o sexto país com o maior número de idosos do mundo (IBGE, 2009). Logo, medidas e mecanismos de proteção ao idoso deveriam ser implementadas, e as já existentes devem ser cumpridas, a fim de garantir um envelhecimento com dignidade.

Entretanto, a atual conjuntura do país é de desmonte das políticas públicas e de aprofundamento das refrações da questão social, sendo tais refrações de diversas tipos e produzidas pela sociedade capitalista e pelo abismo causado pela desigualdade social. É necessário destacar que o trabalho do profissional de Serviço Social tem um papel histórico no enfrentamento dessas expressões de desigualdade, podendo intervir, por exemplo, no acesso aos direitos sociais assegurados à população idosa, através da execução das políticas públicas.

Frente a essa realidade, é de fundamental importância dar visibilidade à temática do idoso no Brasil a partir do estudo das especificidades e subjetividades do processo de envelhecimento. É necessário voltar o olhar para as descobertas e os traumas que perpassam esse período da vida, abarcando as relações entre o crescimento populacional dos idosos e as novas refrações da questão social advindas dessa realidade social. Esse exercício é importante, sobretudo, em um país em desenvolvimento que ratifica um processo brutal de desigualdade, com reflexos na saúde dessa população. Ao longo do trabalho, falaremos brevemente acerca do Pronto-Socorro, da Política Nacional das Urgências (PNAU) e da Política Nacional de Humanização (PNH), que perpassa todos os setores e serviços do SUS, como forma de contextualizar a atuação do assistente social diante dessa realidade no campo da saúde e no trabalho multidisciplinar, assim como as particularidades do atendimento à pessoa idosa com saúde comprometida e/ou vítima de trauma e suas implicações.

Iniciamos este trabalho com o capítulo 1, que é esta Introdução, no qual são explanados, de forma sintética, os aspectos a serem abordados ao longo dos capítulos. No capítulo 2, intitulado “Implicações no Sistema Único de Saúde (SUS)”, abordaremos a trajetória da implantação da política pública de saúde no Brasil, contemplando o movimento da reforma sanitária e a consolidação do SUS. Também serão apresentadas considerações a respeito do cenário atual do SUS, com ênfase

nos serviços de urgência e emergência e na atuação do assistente social inserido nesses espaços sócio-ocupacionais. Ao final do capítulo, discorreremos sobre o processo de envelhecimento no Brasil e a questão social.

No capítulo 3, intitulado “A experiência do estágio na Saúde”, buscamos apresentar o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) como campo de estágio curricular, sobretudo o setor de urgência e emergência do hospital. É contemplado, também, o processo de trabalho do profissional de Serviço Social nesse campo. Por fim, será realizada a descrição do projeto de intervenção executado sob a supervisão da orientadora de campo, o qual deu origem a este Trabalho de Conclusão de Curso e teve como principal objetivo criar um protocolo de atendimento do Serviço Social à pessoa idosa vítima de fratura, bem como a tabulação desses dados. Conforme veremos, 96 idosos foram atendidos segundo o protocolo.

O último e quarto capítulo do trabalho é destinado à apresentação das Considerações Finais.

2 IMPLICAÇÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Parece impensável um país da dimensão territorial do Brasil e com um cenário de vulnerabilidade social tão enraizado ter as expressões da questão social tão evidenciadas e não possuir um sistema de saúde gratuito e acessível a toda a população. Mas fato é que, até o final da década de 1970, a saúde era um bem ofertado apenas a alguns grupos da sociedade. Foi somente por meio da promulgação da Lei Eloi Chaves, aprovada pelo parlamento em 1923, que se iniciou a história da saúde no Brasil. Esse momento foi marcado pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), posteriormente substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados no sistema tripartite (com a incorporação do Estado). Com essas medidas, os trabalhadores assalariados dos setores privado ou estatal passaram a ter acesso à saúde básica, como exames, consultas e cirurgias. Categorias como ferroviários e marinheiros obtiveram esse acesso primeiro, seguidos dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal.

Durante o período militar, duas instituições ocuparam o setor da saúde: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966, substituído pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1974. O Inamps operava, sobretudo, por convênios com a rede privada, não havendo investimento na rede própria de serviços. Apesar desses movimentos, grande parte da população continuava a ter acesso à saúde apenas por meio da filantropia e no caráter de “indigente”. Exames, consultas e demais intervenções eram apenas para pessoas com carteira assinada (MATHIAS, 2018)¹.

Na periferia, a situação da saúde era ainda pior. Epidemias e alto índice de morbidade passam a criar uma tensão na sociedade e atrair movimentos comprometidos com a necessidade inerente de uma política de saúde mais abrangente no país. Lutas são fomentadas nesse sentido, e um movimento em específico tem forte influência no decorrer da história da saúde no Brasil e nas conquistas presentes até os dias de hoje. Esse movimento sanitário, sem denominação específica e composto por pessoas com ideias em comum sobre saúde, com destaque para Sergio Arouca, dá início a um amplo debate sobre a saúde no Brasil e trava uma luta pela universalização do acesso à saúde. O movimento ganhou

¹ Ver mais em < <https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus> > Acesso em: 14 nov.19.

notoriedade e obteve êxitos a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujo objetivo era assegurar a saúde como direito de todos os cidadãos e como um dever do Estado. Entretanto, na concepção do movimento, a saúde deveria ser entendida sob diversos aspectos, que iam além do não estar doente (AROUCA, 1987, p. 36). Dessa forma, Arouca (1987) define saúde como:

Um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo (p.36).

Um dos objetivos principais do debate era esclarecer e explicitar que a saúde faz parte de um conjunto de garantias e possibilidades na vida do sujeito e que tais elementos se relacionam entre si. Buscava-se esclarecer que a saúde não é fruto do acaso, sendo imprescindível a ampliação da perspectiva sobre o que compreende a saúde, indo além de sua associação com patologias. Era necessário perceber a saúde como a garantia do bem estar nos aspectos físicos, mentais, sociais e políticos, sendo necessária a compreensão de que há vários fatores condicionantes e determinantes da saúde, os quais deveriam ser garantidos pelo Estado a fim de que a população brasileira tivesse, de fato, acesso aos serviços básicos de saúde de forma integral, abrangendo seus múltiplos aspectos. Essa compreensão sobre saúde na sociedade era importante para que as ações de saúde não se resumissem a uma lei, mas criassem um movimento de desejo político.

Outro ponto de debate para a efetivação do sistema de saúde era a necessidade de uma reformulação desse sistema. Com tal reformulação, deveria ser disposto que a saúde é um direito de todo cidadão a ser garantido pela Constituição Federal, sendo um dever do Estado provê-la.

A reforma sanitária tinha objetivos específicos e sob uma nova perspectiva. A intenção do movimento era alcançar resultados amplos e transcender questões meramente burocráticas ou pouco efetivas. Para tanto, Arouca (1987) completa que a reforma sanitária

...pressupõe a criação de um organismo que, reunindo tudo o que existe em nível da União, possa, a partir de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando assim, a universalização, isto é garantindo a cada pessoa neste País o direito aos serviços básicos de saúde (AROUCA,1987, p. 41).

A reforma ganhou corpo e a Constituição Federal de 1988 passou a ser um marco para a saúde do povo brasileiro. A partir do seu artigo 6º, o Estado passa a reconhecer a saúde como um dos direitos sociais fundamentais dos cidadãos, juntamente com educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte, lazer, segurança, entre outros. Ainda, no Art. 196, a saúde é reconhecida como:

Direito de todos e dever do Estado, garantida mediante a obrigação do Estado em formular 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 (BRASIL, 1988).

Através dos artigos 198, 199 e 200, a Constituição Federal trata sobre um sistema único de saúde descentralizado, integral e participativo, que deve ser financiado com “recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, municípios e outras fontes” (BRASIL, 1988). Foi, portanto, a partir da promulgação da Constituição Federal , que o Estado determinou que a saúde passasse a integrar o Sistema de Seguridade Social do país, o qual, abrangendo também a assistência social e a previdência social, estabelece uma rede de proteção à cidadania, devendo assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência através de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade. Conforme Simões (2012, p. 105), “a escolha dessas três instituições expressa três áreas de necessidades sociais, consideradas básicas para a estabilidade da sociedade brasileira”².

Partindo dessa conjunção, a Lei Orgânica da Saúde, conhecida como Lei 8080 ou “Lei do SUS”, instituída em 1990, vem ao encontro da Constituição Federal na medida em que reafirma, em seu artigo 2º, que a saúde é “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). O seu artigo 3º ainda aborda:

² A Saúde, para todos; a Previdência Social, para todos que contribuem; e a Assistência Social, para quem dela necessitar, conforme critérios estabelecidos em cada serviço.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

É a partir da consolidação desse sistema no país que o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a oferecer, a todo cidadão em território brasileiro, serviços de saúde de forma integral, gratuita e universal, constituindo-se, assim, em um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo. Sua organização é complexa devido à abrangência das ações e dos atendimentos prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Em caráter complementar, a iniciativa privada também pode atuar junto ao sistema. Outro ponto relevante foi a inclusão da participação popular em uma política pública no Brasil de forma constitucional, como um princípio.

O sistema dispõe de Princípios e Diretrizes, previstos no art. 198 da Constituição Federal, que norteiam as ações e os serviços públicos. Podemos elencar três desses principais princípios doutrinários: a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. A Universalidade determina a garantia do acesso às ações e aos serviços de saúde a todas as pessoas em território brasileiro, sem distinções. Já a Integralidade pode ser entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos que contemplem as múltiplas necessidades do usuário³, garantindo um cuidado integral e não fragmentado. Por fim, a Equidade – que se difere da igualdade, porque os sujeitos não são iguais e possuem diferentes necessidades –, visa garantir e prover a justiça social no âmbito da saúde a cada um, conforme a necessidade pessoal.

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

³ O termo “usuário” utilizado aqui se refere às pessoas que utilizam os serviços do sistema de saúde pública.

As conferências de saúde reúnem-se a cada quatro anos, com representantes de vários seguimentos da sociedade, com o objetivo de avaliar a situação da saúde. Nessas reuniões, são analisados os avanços e os retrocessos do SUS no intuito de propor diretrizes para a formulação de políticas públicas de saúde nas esferas de gestão municipal, estadual e nacional. O Conselho de Saúde é um órgão que atua na formulação, reivindicação, avaliação e controle das políticas públicas de saúde. Por definição, o Conselho de Saúde é

...uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. [...] os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas Políticas Públicas e na administração da saúde (BRASIL, 2012, p. 01 – adaptado).

2.1 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO SUS NA ATUALIDADE

A consolidação e a efetivação dos princípios da reforma sanitária se mantêm como um desafio atual. Embora muitas coisas tenham avançado com o movimento sanitário e com a Lei 8080/90 (principal plano de democratização do acesso à saúde), a falta de informação e a conseqüente falta da participação da população no sistema enfraqueceu o movimento reivindicador. A necessidade de uma luta permanente pela melhoria e permanência do SUS é urgente, sobretudo no atual cenário de desmonte das políticas públicas. Dos anos 1990 pra cá, tanto a desarticulação dos movimentos sociais quanto os governos de diversos partidos, que geraram expectativa de investimentos (mesmo que nenhum tenha tratado o SUS como prioridade), corroboraram para a precarização e para a forma como o povo usuário é tratado.

Apesar de termos o maior sistema público de saúde do mundo, muitas são as chagas que permeiam os quase 30 anos do sistema. A 8ª Conferência Nacional de Saúde deu início ao que, hoje, poderia ser uma outra realidade de sociedade, a qual, que na década de 1990, já enfrentava dificuldades. Essas dificuldades podem ser entendidas como reflexo dos interesses do capital na forma de setor privado, o qual veio como uma pedra no sapato ao longo dos anos. A participação da iniciativa privada se deu, inicialmente, em caráter complementar, mas passou a assumir um caráter

suplementar (e vem ganhando espaço). O que temos hoje é a forte tendência à mercantilização da saúde e ao enfraquecimento de tudo que é público.

O SUS presta serviço a toda a população de forma direta ou indireta, como a vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador, entre outros serviços. No entanto, no tocante à saúde médico/paciente, é considerado o “convênio do pobre”, daqueles que não têm condições de pagar um convênio médico privado ou não que são conveniados por vínculo empregatício, restando-lhes contar com o gratuito.

Essa visão da sociedade fere a diretriz de Universalidade e, mais uma vez, enfraquece o sistema que, não fazendo distinções em seus atendimentos e estando disponível a qualquer pessoa em território brasileiro (sem objeções ou preconceitos de classe, cor ou gênero), é inferiorizado. Temos, mais uma vez, a dicotomia que separa o que é do rico, com qualidade, e o que é do pobre. Esse pensamento se estende à educação, à segurança, ao lazer, ao transporte e aos demais setores da sociedade do capital. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde prevê

...o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; o direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; o direito a atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; o direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; a responsabilidade do cidadão para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e o direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2007, p.1)

Atualmente, o SUS presta assistência a pelo menos 70% da população e, mesmo com essa adesão maciça, não encontra representatividade política ou sujeitos sociais em sua defesa. Na verdade, isso explica o porquê do descaso e do desmonte do sistema. Seus avanços, como acesso à atenção básica, ao pré-natal, às vacinas, ao sistema de urgências e aos serviços hospitalares, impactaram significativamente a vida da população, mas suas precariedades, como superlotações, também impactam.

Tendo em vista de que, na prática, esse sistema de saúde ampara, sobretudo, os excluídos e marginalizados, aqueles a quem foram negados os direitos básicos (a exemplo da própria saúde que, no seu conceito ampliado, compreende saneamento básico, alimentação adequada e condições dignas de trabalho), a luta pelo SUS passa a ser um movimento muito maior, um movimento que luta pelo fim da desigualdade social, que reivindica a descentralização do poder em governantes, gestores e assim por diante.

No trecho retirado dos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde Brasília, Sergio Arouca (1986, p. 38) expõe a situação da saúde no período da reforma. Segundo ele,

...ela está clara para o usuário que encontrava centros de saúde funcionando só meio período; onde os profissionais que são contratados por seis horas trabalhavam só duas; onde a falta de higiene transforma o local numa pocilga; onde falta medicamentos; onde o indivíduo não é tratado com o mínimo de dignidade humana; isto é, alguém com nome e sobrenome; onde todos os homens são transformados em “Zé” e todas as mulheres em “donas Maria”.

O chocante relato não se limita à situação da época em que foi escrito, pois o atual cenário da saúde é o mesmo. Pensar que o trecho poderia ter sido escrito hoje, mesmo após mais de 30 anos, assusta. Também assusta o fato de quanto naturalizamos esse cenário, sem nos questionar sobre como estamos estagnados ou sobre como temos regredido, de forma passiva. O trecho demonstra o quanto esse processo de efetivação é contínuo e que a realidade é cíclica, demandando, da sociedade usuária do sistema, um compromisso real com a existência, a manutenção e a efetivação do sistema.

2.2 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Com a finalidade de efetivar as diretrizes dispostas na Lei 8080/90, bem como melhorar as práticas do cotidiano e a relação entre usuários, trabalhadores e gestão, em 2003, foi instituída no Brasil a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS. Ela busca revisar as práticas em saúde, configurando-se em princípios, diretrizes e modos de gerir o conjunto das relações entre toda a rede que constitui o SUS nos diferentes níveis de complexidade de atendimento. Essa política trouxe à tona a discussão sobre o acolhimento e atendimento humanizado e o cuidado ao ser humano em sua totalidade. Nesse contexto, “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo paciente, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação de necessidades, sejam elas de âmbito individual ou coletivo (SCHNEIDER et al., 2008).

Ou seja, iniciou-se o debate sobre a valorização paciente enquanto sujeito de direitos e que necessita de um cuidado amplo, integral e sensível, não sendo tratado

como apenas um diagnóstico, cujo foco seja somente tratar a doença. Passa-se a considerar, através da escuta, a subjetividade de cada sujeito, sua história pregressa e as questões que considera importantes para que ele se sinta, de fato, acolhido.

A Política Nacional de Humanização é vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, sob a forma de equipes e a partir das demandas identificadas pelos profissionais de forma articulada. Com isso, planos de ação são elaborados com vistas a superar problemas do cotidiano do SUS. Sendo assim, a PNH tem como método a inclusão da participação dos atores envolvidos, como usuários, trabalhadores e gestores dos serviços, acreditando que essa atuação em conjunto e com ações compartilhadas seja o caminho para as mudanças no sistema.

A Política de Humanização dispõe sobre o método de sua aplicação no cotidiano, em que podemos ressaltar a importância da comunicação entre os atores que perpassam os serviços do SUS, a inclusão das diferenças nos processos pertinentes ao cuidado e a criação de novas possibilidades que melhorem o cuidado e superem positivamente os métodos vigentes.

A transversalidade pode ser considerada o principal princípio da PNH, intentando superar a distância presente nas relações geradas pela hierarquia que engessa e limita o trabalho, uma vez que as partes não se relacionam de forma homogênea e desperdiçam importantes trocas. Na política, “transversalizar significa reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (PNH, 2003, p. 6)

Após a transversalidade, a PNH aborda o princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão e o princípio do protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia dos sujeitos e coletivos. Tais princípios tratam sobre o compartilhamento das responsabilidades no sentido de fomentar a autonomia. Também versam sobre a importância do conhecimento e da participação ativa dos usuários e trabalhadores na gestão e na tomada de decisões acerca dos processos de saúde e ações de saúde coletiva. Nesse sentido, “um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (PNH, 2003, p. 7)

As diretrizes são compostas por conceitos que norteiam a PNH e que dispõem sobre a importância da humanização no tratamento, nos setores e nas relações. Elas

também orientam sobre o modo de executar, na prática, essas ações, explanando a importância delas. Essas ações são:

- Acolhimento
- Gestão participativa e cogestão
- Ambiência
- Clínica ampliada e compartilhada
- Valorização do trabalhador
- Defesa dos direitos dos usuários

A PNH conta com o apoio de colaboradores e multiplicadores, os quais são trabalhadores que, através de cursos, capacitações, oficinas e discussões acerca dos processos de trabalho humanizado, transformam a realidade ao seu redor. Após devidamente habilitados, esses trabalhadores capacitam novos outros, formando uma rede de apoio mútua e uma nova lógica de saúde em expansão (PNH, 2003).

2.3 PRONTO-SOCORRO E A OCORRÊNCIA DE FRATURAS EM IDOSOS COMO OBJETO DE INTERVENÇÃO

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2003), tendo como objetivo intermediar a atenção básica e os serviços de média e alta complexidade, sendo norteadada pela descentralização dos serviços e gerida entre as três esferas de governo. A sua implantação se deu pela necessidade do quadro brasileiro devido à morbimortalidade em decorrência de urgências, acidentes, violências e traumas. A Política Nacional de Atenção às Urgências complementa o Anexo da Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001 – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Ela funciona como ferramenta normatizadora de preceitos previstos no Art. 197 da Constituição Federal, bem como dos preceitos constantes nos artigos 1º e 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e portarias de regulação de atenção a urgências. O documento também considera a responsabilidade do Ministério da Saúde em estimular atenção integral às urgências, por meio da implantação de serviços de saúde básica, atenção não hospitalar e pré-hospitalar móvel. Também contempla a atenção domiciliar, as contribuições do Conselho Nacional de Saúde, do

Conselho Nacional de secretários da Saúde e do Conselho Nacional de secretários municipais de saúde.

Da mesma forma, a fim de complementar a portaria supracitada e em função da demanda crescente, instituiu-se o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192” (PORTARIA Nº 1864/GM,2003), que dispõe sobre a regulação, funcionamento, gestão e custeio do serviço.

A partir dessas normativas e com demais orientações e parâmetros presentes no SUS, torna-se mais clarificado o trabalho a ser feito com base nos princípios da universalidade, da integralidade, da participação social, da descentralização e da humanização do atendimento. O pronto atendimento, em geral, faz parte de uma área complexa da saúde e, apesar de seus marcos regulatórios serem de caráter nacional, muitas diferenças estão presentes no cotidiano. A localidade, os serviços prestados, a frequência de demandas, a capacidade de recursos tecnológicos e humanos são algumas das variáveis que impactam o serviço.

Entretanto, podemos nos perguntar: até que ponto as políticas referentes aos serviços de Urgências e Emergências dão, de fato, um respaldo aos usuários? A configuração da população adoecida muda constantemente, e os desafios propostos pela reforma sanitária estão presentes no cotidiano atual, buscando superar antigos problemas.

Em geral, o pronto atendimento em contexto hospitalar assemelha-se muito a um cenário de guerra. As más condições, de forma geral, foram naturalizadas no país, e os profissionais da saúde atuam de acordo com as condições disponíveis e de forma mecanizada. Fatores como a dissolução das famílias, o envelhecimento progressivo em massa, o fomento das pessoas em situação de rua, o aumento da violência urbana demandam mudanças estruturais no serviço, que segue atendendo de forma arcaica e sem políticas direcionadas.

Entre diversos problemas encontrados no setor, são comuns a falta de insumos, a superlotação e o número insuficiente de profissionais. Assim, os princípios do SUS, como integralidade e cuidado humanizado, tornam-se um privilégio em meio às prioridades atendidas pelo serviço, como veremos a seguir, com o exemplo do que ocorre no Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), instituição na qual realizei o processo de Estágio Supervisionado em Serviço Social no período

entre o segundo semestre de 2018 e primeiro semestre de 2019. Portanto, as informações relatadas nesta pesquisa são, em grande parte, baseadas na vivência de campo, nos instrumentos de registro do processo de estágio, em pesquisa documental e bibliográfica, na colaboração de minha supervisora de campo e nos documentos elaborados pelos profissionais do serviço social.

No ano 2015, foi suspensa a classificação de risco na modalidade “porta aberta” no Pronto-Socorro do HUSM, e o setor passou a atuar somente de forma referenciada pelo SAMU, UPA, PAM e judicial de emergência/urgência. Essa medida se explica pelas dificuldades permanentes de superlotação, que chegava a 200% de sua capacidade, e pela gravidade crescente dos doentes e traumatizados, fato que extrapolava, dia após dia, o limite suportável que garantisse a segurança dos pacientes, dos profissionais e do próprio ambiente institucional. Com essa medida, pretendia-se fazer com chegasse ao HUSM somente aqueles pacientes que realmente necessitassem de especialistas e capacidade instalada. Os problemas com superlotação e precariedade nas condições do serviço persistiram, mas em menor intensidade.

Esse cenário no Pronto-Socorro do HUSM é resultado de inúmeros fatores, dentre os quais podemos citar a falta de oferta de atendimentos ambulatoriais e de internação no município, a dimensão da abrangência do hospital como referência de urgência/emergência, recursos financeiros insuficientes (tendo em vista a vigência de contrato de metas e financeiro defasado, que não custeia o aumento da oferta e que atende além das demandas da regulação) e a forte pressão via demandas judiciais. Outro fato que incide nos recursos é o alto custo de pacientes via emergência que, além de não ser algo previsível, normalmente é alto. Nesse sentido, torna-se um desafio atender, no cotidiano, a princípios do SUS, a exemplo da integralidade, prevista na Lei Orgânica de Saúde como diretiva presente em ações e serviços preventivos e curativos, partindo do individual até a coletividade inclusiva. Os princípios devem perpassar todos os níveis de complexidade do sistema, incluindo setores de atendimento imediato, como o pronto atendimento, que possui particularidades que o diferenciam dos demais setores.

Esse princípio, quando negligenciado, tem significativo impacto na qualidade do atendimento. Ele é de suma importância, haja vista o fato de que a maioria dos usuários do serviço estão em situação de vulnerabilidade social e demandam de assistência que vá além do atendimento médico imediato. Os usuários carecem de

orientações sobre direitos, acesso a bens e serviços, acompanhamento da situação familiar, entre outros, como forma de prevenir o dano secundário, para que, de fato, ocorra a recuperação da saúde, a reabilitação.

O trabalho em rede potencializa a intervenção e reduz o agravo. Com ele, novas intervenções poderiam ser evitadas se esse usuário estivesse sendo assistido por demais serviços. Inclusive, o número de morbidade cairia se essa rede de assistência fosse coesa, resolutiva e acessada.

Quanto maior a vulnerabilidade do sujeito, mais cuidados preventivos e suportivos ele demandará. A noção de integralidade deve ser ampliada, perpassando as práticas dos trabalhadores da saúde e sendo aplicada aos processos e protocolos da organização do setor. Ademais, a integralidade deve estar presente nas discussões e debates, entrando na agenda do setor e passando ao caráter de reivindicação.

O setor de emergência, em geral, entra na vida do sujeito após uma situação traumática ou agravo de uma condição de enfermidade. A partir daí, o cuidado é feito com base em intervenções em seu corpo e seu organismo. Sua história pregressa e sua privacidade são deixada de lado, já que os espaços não possuem condições de preservar essa individualidade. Ou seja: suas particularidades e subjetividades enquanto indivíduo não são prioridade, tanto pela condição de saúde quando pelo ambiente em que está inserido. Esse quadro, que tem por objetivo recuperar sua condição de saúde e a própria vida de forma urgente, é feito em meio a violências que se somam: a violência que ensejou a internação, a violência do sistema de saúde e a violência do Estado (ESTELLITA-LINS, 2008). Nesse sentido:

Sob o domínio absoluto da urgência, os hospitais foram se tornando espaços para a manifestação de diversas formas de violência, de degradação, de desvalorização da vida, configurando então um quadro de mudanças para pior: os hospitais públicos tornaram-se palco de cenas dramáticas, expressando a dificuldade de atender e ser atendido. Essas condições, mais do que nunca, em levando esses hospitais a ocuparem um polo contraditório, minimizando, então, as possibilidades de afiliação e os vínculos de pertencimento por parte de seus profissionais (AZEVEDO, 2007, p. 50).

Em meio a tantas contradições existentes em um sistema hierarquizado e descentralizado, em um país de dimensão continental, a mudança parece algo distante de ser alcançada. Entretanto, é essencial que a conscientização da sociedade acerca da saúde pública seja construída nas bases do sistema e debatida a partir do

seu ideário, sem se conformar com a situação atual. A participação ativa da sociedade nas diversas instancias organizativas pode ser o princípio da mudança para que a sociedade, em massa, pressione o Estado a realizar as mudanças e os investimentos necessários para a construção de um pronto atendimento pautado nos princípios e diretrizes do SUS, sobretudo na integralidade e no cuidado humanizado.

Nesse mesmo contexto de pronto-socorro precarizado e superlotado de forma quase diária, há internação de idosos vítimas de fraturas decorrentes de quedas, as quais, em geral, ocorrem no ambiente familiar e têm muitas implicações na vida desses idosos. Pode-se definir queda como algo não esperado, em que a pessoa cai ao chão de um mesmo nível. No setor do Pronto-Socorro do HUSM, o evento é conhecido como “queda da própria altura”. Outra incidência correlacionada às fraturas é o retorno desses idosos após a alta em decorrência de complicações pós-cirúrgicas. A alta incidência de idosos fraturados não é excepcionalidade do Pronto-Socorro do HUSM: os números levantados pelo Ministério da Saúde configuram esse acontecimento como um problema de saúde pública no Brasil, que tem crescido com o passar dos anos.

O incidente em si não é isolado, pois ele está implicado no processo de envelhecimento vivido no Brasil que, em geral, ocorre sem assistência e sem medidas de prevenção. Muitos outros fatores de ordem orgânica, ambiental e social também corroboram para o problema, e seus impactos são determinantes na vida dos idosos, tanto por estarem associados ao índice de mortalidade e ao grau de mobilidade, quanto por terem importantes consequências físicas, psicológicas e sociais. Ademais, os familiares e cuidadores também são impactados de forma indireta devido ao tempo de internação, aos cuidados apropriados a serem tomados, bem como em virtude das mudanças na casa, na rotina e nas despesas. A fratura mais recorrente é a femoral⁴, e as mulheres idosas são afetadas em maior número.

⁴ A fratura femoral é uma fratura óssea na parte superior da perna que afeta o osso mais longo e volumoso do corpo, o fêmur. As fraturas femorais são geralmente causadas por trauma de alto impacto, como acidentes de automóvel, ou um tiro, devido à grande quantidade de força necessária para quebrar esse osso. São frequentes em mulheres idosas por queda ou carregar muito peso.

2.4 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

No Brasil, o Serviço Social tem sua origem em meio à necessidade de minimizar os danos causados pela desigualdade social. Grande parte da população vivia em condições degradantes, e qualquer intervenção em prol da classe oprimida vinha sob a forma de ajuda ou com cunho religioso. Ademais, a prática de adequar os sujeitos vistos como discrepantes, atribuindo-lhes a culpa pela miséria em que se encontravam, era o viés pelo qual o Serviço Social da época atuava. Segundo Mito e Nogueira (2013),

...as funções desempenhadas pelos assistentes sociais, até meados da década de 1960, evidenciavam a preocupação com a integração dos indivíduos e a normalização das suas condutas. Não se discutia a relação com as políticas sociais, as quais não eram igualmente tratadas no plano analítico, tanto pelo Serviço Social como por outras áreas do conhecimento. Questões mais graves com explicações teóricas mais densas não faziam parte do cotidiano profissional. A intervenção convergia aos objetivos institucionais de integração social e redução dos “desvios de conduta” (p. 63).

Essa desigualdade se dava pela dominação da burguesia, a qual oprimia e produzia, juntamente com o descaso do Estado, as refrações da questão social da população proletária, agravando as mazelas sociais. Frente a essas demandas, o Serviço Social agia como executor das políticas sociais, mas sua conduta não era plenamente definida nem havia consenso entre os trabalhadores. O movimento que buscou romper com a prática clientelista ou de cunho religioso teve início a partir de 1960, definindo ideologicamente e politicamente sua posição na defesa dos trabalhadores. Porém, os avanços desses debates só tomaram maior materialidade a partir do Código de Ética Profissional de 1993, no qual foram definidos alguns aspectos da profissão, como a vinculação e o compromisso com a classe trabalhadora, a criação de uma proposta metodológica no campo do trabalho e mudanças no perfil profissional, entre outros. Cardoso afirma que

...a renovação do Serviço Social é, portanto, fruto de um processo histórico que possibilita o pluralismo no seio do Serviço Social, ao encontrarmos a diversidade no que diz respeito às maneiras de enfrentar a realidade social, de compreender a questão social e o próprio Serviço Social. Diversidade teórico-metodológica, éticopolítica e técnico-operativa na profissão: do modo de pensar, fazer e escolher (CARDOSO, 2013, p. 135).

Concomitante a essa conjuntura de reconceituação da profissão e de ruptura com o modelo tradicional, movimentos sociais de trabalhadores se articulavam e promoviam debates com pautas políticas. Esses trabalhadores eram fomentados pelo fim da ditadura militar e pela redemocratização do país. Nesse contexto, a luta pela universalização do acesso à saúde teve destaque a partir do movimento sanitário. O movimento sanitário, como já descrito brevemente neste texto, tem como marco a 8ª Conferência de Saúde, que traça as diretrizes que passaram a ser seguidas com a implementação do Sistema Único de Saúde.

Apesar da legislação referente ao SUS ter sido aprovada em 1988, somente em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990, p. 1).

Compondo o tripé da Seguridade Social no Brasil, constituída no mesmo nível da Previdência Social e da Saúde a Assistência Social, são estabelecidos normas e critérios, sob forma de lei, a partir 1993, com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Essa lei é considerada como uma política pública que definia atribuições e responsabilidades específicas para as três esferas do governo.

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993).

Nesse sentido, salienta-se o papel fundamental do trabalho do Serviço Social no campo da saúde e do profissional assistente social nessa luta, colaborando nas práticas interdisciplinares rumo à desfragmentação do conhecimento e contribuindo para a contextualização do processo social que perpassa a saúde. Isso é feito na perspectiva de um cuidado efetivo e integral, com a população atendida a partir de um acolhimento pautado na escuta sensível e na democratização de informações, desvelando a realidade e propondo estratégias de intervenção para as demandas trazidas pelo usuário e/ou percebidas pelo assistente social.

Regulamentado pela Lei nº. 8.662/93 e tendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional⁵, o Serviço Social tem como campo de atuação as

⁵ Resolução do Conselho Federal de Serviço Social- CFESS

políticas sociais, tendo por compromisso a defesa e a garantia de direitos sociais, fortalecendo a democracia e buscando a emancipação social dos usuários.

Segundo os parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na saúde (CFESS, 2009, p. 23), é essencial: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores da saúde e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde; tentar construir e efetivar, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular; elaborar e participar de projetos de educação permanente; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido; potencializar a participação dos sujeitos sociais, contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, na fiscalização e na gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Assim como todos os profissionais têm seus instrumentos de trabalho, sendo o assistente social um trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho, seu fazer profissional está pautado em bases teóricas, metodológicas, técnicas e ético-políticas necessárias para o seu exercício profissional. Os instrumentais técnico-operativos são como um “conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional” (MARTINELLI, 1994 p. 137). Nesse sentido, salienta-se que os instrumentais do fazer profissional do assistente social na saúde diferenciam-se muito dos instrumentais dos demais profissionais, pois, em geral, a equipe age frente à questão saúde/doença e não atenta aos demais aspectos que contribuem para que essa saúde se mantenha após a alta por meio do acompanhamento da rede básica de saúde ou da garantia de acesso a programas de transferência de renda, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O assistente social, por ter o conhecimento de diversos instrumentais, pode realizar uma escuta qualificada e sensível e desvelar a realidade a partir dessa escuta, reconhecendo as demandas e intervindo em diversos aspectos da vida desse sujeito, como habitação, renda, documentação, órteses e próteses, orientações de cunho trabalhista, visitas domiciliares entre muitas outras atribuições. Assim, pode colaborar para efetivar diretrizes e princípios da política de saúde, como a universalidade, integralidade e a equidade, nas ações e serviços.

Logo, a atuação do assistente social no campo da saúde tem como desafio diário atender às demandas emergentes do cotidiano dos usuários, bem como atuar

no enfrentamento da precarização do SUS e na efetivação do projeto da Reforma Sanitária, articulando-se com demais grupos da sociedade em defesa do Sistema, fortalecendo movimentos sociais, fomentando a luta pela transformação estrutural na política, evitando cair no viés assistencialista e de práticas individuais.

A política pública de saúde teve seu início forjado no movimento de luta e, desde sua construção e efetivação, tem sofrido avanços e retrocessos. A desigualdade no acesso, a falta de investimento no setor e a pouca adesão da participação popular no controle social são só algumas das mazelas do sistema a serem superadas. Apesar de sua dimensão e suas inovações, o SUS segue distante do modelo proposto pelo movimento sanitário, sendo necessário fazer uma retomada teórica dos princípios da saúde no seu conceito ampliado para a retomada no avanço.

Nesse sentido, os parâmetros para a atuação do Serviço Social na saúde (CFESS, 2009) consideram alguns pontos para uma atuação crítica e competente desse profissional com base no Código de Ética da profissão. Tais parâmetros são:

Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009, p. 30).

Ademais, podemos salientar que as articulações construídas no campo da saúde pelo Serviço Social, juntamente com a rede de serviços, são de relevante importância na vida do sujeito usuário das políticas de saúde e assistência. Desde a

atenção de complexidade primária até a de complexidade alta e em contexto hospitalar, o Serviço Social trabalha em rede de acessos e serviços, visando contemplar as múltiplas necessidades do sujeito e não se limitando à visão de saúde e doença. Essa assistência busca, portanto, ampliar sua atuação no sentido do conceito ampliado de saúde, pautado nas diretrizes de integralidade e equidade. Nesse sentido, compreendemos que

...o alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas. É na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação (MARTINELLI, 1995, p.52).

Apesar de a garantia de cidadania e direitos sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde ser dever do conjunto dos saberes e práticas de todos os profissionais inseridos no campo da saúde e da participação popular comprometida com a defesa da democracia e das políticas públicas, os assistentes sociais são atores fundamentais nessa luta (CFESS, 2009).

2.5 O IDOSO NO BRASIL E A QUESTÃO SOCIAL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país. E esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas, segundo a Projeção da População, divulgada em 2018 pelo IBGE.

Nesse sentido, em breve, o Brasil será um país de idosos. A estimativa é que em 2025 o país alcance o número de 25 milhões de idosos, tornando-se o sexto no ranking mundial (IBGE, 2009). Mas o fato de a estimativa de vida estar crescendo, não significa qualidade de vida desses idosos.

A sociedade capitalista, de forma geral, é excludente e cruel, mas alguns grupos são mais afetados. Questões como classe, etnia, gênero e idade são alguns aspectos que podem fazer com que determinados grupos sejam afetados; porém, a velhice perpassa todos os aspectos e traz consigo as marcas adquiridas com o tempo.

É necessário incluir a mentalidade acerca da terceira idade, o que demanda tempo e ações imediatas. No entanto, parece-me que estamos indo na contramão:

enquanto a ciência, as pesquisas e a tecnologia prolongam a vida, estamos em total retrocesso no campo social e subjetivo. A máquina do capital segue em ritmo acelerado, e as condições de trabalho e de bem-estar estão piorando para quem começa ou está no meio do processo. A lógica de qualificação e de mercado competitivo selecionam os privilegiados da sociedade e empurram uma massa de milhares de pessoas para a margem, para a informalidade, para a miséria.

Esse ciclo de exclusão que perpassa a vida dos sujeitos, desde a infância até a vida adulta, impactam, sobretudo, a velhice. O conceito ampliado de saúde e seus condicionantes presentes na política de saúde é disposto no Art. 3º da Lei Orgânica do SUS 8080/90, como:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Para a Organização das Nações Unidas (1985), também é nessa idade que, geralmente, ocorre uma acentuação nas mudanças biológicas dos seres humanos. Essa idade também é usada para a realização de estudos para a criação de políticas públicas para a faixa etária. Sabe-se que as características de envelhecimento variam para cada sujeito, e muitos são os aspectos que corroboram para esse processo. O envelhecer é uma etapa da vida que possui inúmeras particularidades e/ou aspectos (cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais) que variam conforme a cultura de cada indivíduo (PESSÔA, 2007).

Outras questões, como ambiente, convívio familiar, interação com a comunidade e gênero dizem muito sobre esse processo. É preciso entender para além dos fatores biológicos do envelhecimento, atentando para as subjetividades dos sujeitos durante esse processo, tais como as condições de vida que acompanharam esse sujeito ao longo da sua trajetória, o suporte familiar e o comunitário. Sobre isso, Veras (2009) descreve a qualidade de vida como

...a perspectiva do envelhecimento com qualidade de vida deve ter como princípio a garantia de autonomia, participação, cuidado, autossatisfação do indivíduo, nesse sentido, a quantidade de anos vividos não basta por si só, é necessário promover qualitativamente o viver bem a essa população (VERAS, 2009, p. 549).

Um sujeito que, durante a vida, teve negados os direitos básicos que compõem o conceito geral de saúde terá um processo de envelhecimento diferente, conforme consta no Art. 3º da Constituição Federal de 1988:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1988).

O estatuto do idoso prevê no capítulo IV, Do Direito à Saúde, Art. 15 a seguridade integral da saúde:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Assim, embora a preocupação com o processo de envelhecimento da população seja uma atitude recente na sociedade brasileira, a legislação brasileira sobre os cuidados da população idosa é bastante avançada, mas a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos – a ampliação da Estratégia Saúde da Família, que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social, e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso – tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

E então, a partir disso, temos mais um desdobramento em relação à velhice. Seu processo ocorre de forma diferente nas camadas da população, variando de acordo com a cor e a classe social. Idosos vivem o envelhecimento de diferentes formas no Brasil, conforme sua condição socioeconômica. De acordo com Beauvoir (1990, p. 17), “tanto ao longo da história como hoje em dia, a luta de classes determina a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice”.

Com isso, reconhecemos que envelhecimento não é vivido da mesma forma por todos os indivíduos, pois perpassa por fatores como genética, condições psicossociais e modo de vida. Esses aspectos levam a diferenças na forma de envelhecer nos distintos segmentos e classes sociais, principalmente o trabalhador idoso, que teve evidenciado a ampliação e a reprodução das desigualdades sociais,

de forma que seu envelhecimento é uma das expressões da questão social na sociedade capitalista (TEIXEIRA, 2008).

A aposentadoria para esse grupo de idosos também detém suas problemáticas, haja vista o processo não ser automático e os condicionantes que acompanharam a vida desses homens e mulheres nem sempre lhes garantir esse direito. Muitas vezes, em idade avançada, tanto os idosos aposentados como os que não possuem renda, uma vez excluídos e colocados à margem do mercado de trabalho formal, continuam a desempenhar funções informais remuneradas para agregar a renda da aposentadoria. Isso é feito porque, em geral, essa renda fixa não supre todas as necessidades do idoso, sobretudo daqueles que não possuem casa própria e os que possuem alto custo com medicamento – fato bem comum entre os idosos.

A baixa escolaridade comum dessa faixa etária, advinda de uma época em que estudar mais que a 3ª ou 4ª série era um privilégio das elites, dificulta a inserção desse idoso no mercado de trabalho e os empurra para funções penosas e braçais. Mais uma vez, aqueles idosos que tiveram melhores oportunidades durante a vida adulta e possuem formação ou mais escolaridade têm mais chances de permanecerem no mercado de trabalho e ou conseguirem se colocar nele.

Nas camadas mais vulneráveis da população, não é raro o fato de a aposentadoria do idoso ser a única renda fixa da casa. Atualmente, o desemprego no Brasil toma proporções alarmantes, e o país é marcado pelo trabalho informal, que representa cerca de 40% dos trabalhadores brasileiros. Sendo assim, a renda desse idoso, por vezes, é comprometida no sustento da família nuclear e extensa.

Teixeira (2008) ressalta que essa é a forma de funcionamento da sociedade capitalista, a qual gera população excedente num processo que gera a redução do trabalho vivo produtor de mais-valia em detrimento da acumulação do capital, favorecido pelo aumento dos meios de produção mais eficientes. Como resultado, há um aumento significativo da miséria relacionada à acumulação do capital, cujo processo de produção, para valorização do capital, acaba por deixar a produção satisfazer as necessidades humanas em último plano.

Quando os recursos financeiros são poucos ou se esgotam, a desigualdade social e a privação de benefícios e oportunidades impossibilitam que necessidades básicas sejam atendidas. Consequentemente, essas desigualdades implicam em diversos aspectos e vão se acumulando ao longo de toda vida do sujeito. Quando essas refrações são associadas a perdas e ao envelhecimento, resultam em um

número preocupante de idosos em contextos de alta vulnerabilidade social, o quais passam a estar expostos ao risco de adoecer e/ou agravar doenças pré-existentes

3 REFLEXÕES SOBRE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE ÀS DEMANDAS DOS IDOSOS HUSM

A área da saúde é desafiadora aos profissionais que nela desempenham suas atribuições. O ambiente exige diversas habilidades e conhecimentos, não só no que se refere à saúde/doença, mas também no tocante às fragilidades humanas. Por ser um ambiente em que a dor se faz presente, havendo pessoas em final de vida e, por vezes, luto, é imprescindível nortear o trabalho segundo as diretrizes do sistema, contemplando as particularidades de cada setor, calcado, sobretudo, nos princípios da humanização e da integralidade.

Para o Serviço Social, as fragilidades dos usuários, inerentes ao momento hospitalar, somam-se às vulnerabilidades sociais e econômicas, tendo sua intervenção essencialmente política, sobretudo na garantia de direitos. O Serviço Social, portanto, busca contemplar diversos direitos para além da saúde, conforme disposto na Constituição Federal. São direitos “à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

Para Mioto & Nogueira (2006), é evidente que, por estar situado no processo de trabalho coletivo em saúde, o assistente social, pautado na lógica dos direitos e da cidadania, tem uma organização de trabalho que

...abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização dos direitos (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 282).

Durante o período de estágio curricular, tive a oportunidade de me inserir no campo da saúde, mais precisamente no Hospital Universitário de Santa Maria. O HUSM teve seu início no ano de 1959 com a criação do Hospital Regional de Tuberculose de Santa Maria, construído na Rua Floriano Peixoto, no centro da cidade. Somente em 1970 ele se transformou no Hospital Universitário Setor Centro. Passados 12 anos, em 1982, o hospital começou a ser transferido para as instalações que ocupa hoje, no Campus da Universidade Federal de Santa Maria, no bairro Camobi. Desde 1994, o Conselho Universitário instituiu o HUSM como órgão integrante da Administração Central.

A partir de 17 de dezembro de 2013, o Hospital Universitário de Santa Maria passa a atuar juntamente com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa contratada pelo HUSM para auxílio na gestão do Hospital. A empresa se trata de uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e presta serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. Ela ainda presta serviços às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

Sendo hoje a maior rede de hospitais públicos do Brasil, suas atividades unem dois eixos principais da sociedade: educação e saúde. Por meio da atuação em rede, que inclui o órgão central e 40 Hospitais Universitário Federais (HUFs), exerce a função de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dada a sua finalidade, é uma empresa estatal, 100% dependente da União e tem como dever prestar serviços de assistência à saúde exclusivamente inseridos no âmbito do SUS.

O HUSM é considerado referência em saúde no interior do estado do Rio Grande do Sul, por ser o maior hospital público e com pronto-socorro que atende 100% SUS. Abrangendo uma população de 1,2 milhões de pessoas, compreende os eixos de ensino, pesquisa e extensão, servindo como campo de estágio para alunos da graduação e pós-graduação de diversos cursos e áreas de conhecimento da UFSM. Em relação a essa atuação, já recebeu duas certificações como Hospital de Ensino, atendendo a todos os requisitos da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação nº 285, de 24/03/2015.

Enquanto Hospital de Ensino e 100% SUS, o HUSM segue os princípios do SUS, conforme IDEC de 2003. Tais princípios são: a universalidade (pois deve atender a todos), a integralidade (ressaltando a atuação das equipes multiprofissionais), a equanimidade, a descentralização, a regionalização e hierarquização, a participação do setor privado de forma complementar (a fim de evitar o desvirtuamento do caráter público dos serviços), a racionalização dos serviços, a eficácia e a eficiência (de forma a eliminar o desperdício e zelar para que os recursos públicos sejam gastos com responsabilidade) e a participação de todos os segmentos da população local envolvidos com o sistema de saúde.

O HUSM realiza consultas clínicas e procedimentos especializados, sendo, há mais de 30 anos, referência no atendimento de urgência e emergência para a população de 45 municípios da região centro-oeste do Rio Grande do Sul. Seus demais serviços compreendem as áreas Ambulatoriais, Diagnóstico por Imagem e Apoio Terapêutico, sendo referência nacional no Serviço de Oncologia Pediátrica. Também realiza Transplante de Medula Óssea (TMO), tratamento do câncer em geral, Serviço de Internação Domiciliar e Hospital-dia em HIV-AIDS.

É habilitado como Unidade de Alta Complexidade nos serviços de Nefrologia, Cardiologia, Traumatologia, Terapia Nutricional, Enteral e Parenteral, bem como Oncologia nos Serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica. Já o setor de obstetrícia possui foco no atendimento à gestação de alto risco (possui UTI Neonatal), sendo o único hospital da região com porta aberta para emergência obstétrica.

No que diz respeito ao ensino, o hospital conta com dois programas de residência em saúde: a) residência médica, que envolve 44 especialidades; e b) residência multiprofissional, que contempla 9 cursos de graduação e 42 vagas divididas nas linhas Materno Infantil, Crônico Degenerativo, Onco Hematológico, Vigilância em Saúde e Saúde Mental.

Os recursos financeiros do HUSM são de origem federal e gerenciados pela EBSEH em consonância com a Reitoria da UFSM, conforme regras estabelecidas pelo Plano Diretor Estratégico (PDE), o qual tem por objetivo nortear o desenvolvimento das áreas de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde.

O quadro pessoal do HUSM é composto, atualmente, por 169 docentes, 1805 funcionários de nível básico, médio e superior, 597 funcionários de serviços terceirizados, além de alunos-estagiários da UFSM, entre os quais há acadêmicos, residentes, mestrandos e doutorandos.

Atualmente, seu espaço físico ocupa uma área de 30mil m², em estrutura vertical, e se encontra em reforma e expansão com as obras da Central das Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), que reunirá a UTI Adulto, Pediátrica, Neonatal e Coronariana, ampliando, então, de 45 para 82 o número de leitos de cuidados intensivos. Também está em fase de conclusão a construção do Serviço de Ressonância Magnética e o prédio da Central de Laboratórios. A infraestrutura é composta por 58 consultórios, com ambulatorios de especialidades, 14 salas de

procedimentos curativos, vacinas, triagem e acolhimento, farmácia, avaliação nutricional, atendimento odontológico e laboratório de análises clínicas

3.1 ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)

A atuação do Serviço Social no HUSM possui como marco a entrada da gestão da EBSEH no ano de 2014. De 3 assistentes sociais, o quadro de funcionários passou a contar com 15 profissionais de serviço social. As atribuições e competências dos assistentes sociais, em qualquer espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, os quais devem ser observados e respeitados tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. Mais especificamente, os profissionais da área da saúde devem guiar suas práticas de acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na saúde, documento elaborado a partir de Encontros Nacionais do conjunto CFESS/CRESS e deliberado em 2008.

No pronto-socorro, o Serviço Social conta com a atuação de 2 assistentes sociais, de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, e em plantões aos sábados. Eles atendem o setor de urgência e emergência, com um total de 20 leitos e número indeterminado de macas (varia conforme a demanda), o setor de observação e o bloco cirúrgico. O processo de trabalho do assistente social no pronto-socorro envolve o atendimento às demandas identificadas no plantão social através do acolhimento e da escuta sensível ao usuário e acompanhantes ou trazidas pela equipe multiprofissional. Sua atuação também contempla o acompanhamento do paciente, com foco nas suas necessidades sociais e na garantia de direitos, visando o bem-estar no período da internação e após a alta, colaborando para a organização desse usuário na sua rotina fora do hospital e garantindo uma alta segura – tanto clínica quanto social.

Quanto ao fluxo de demandas diárias, este é intenso. Envolve desde informações dispensadas a usuários e colegas – como encaminhamentos relacionados à previdência e seguridade social e a benefícios assistenciais –, seguridade de acesso a medicamentos e tratamentos médicos gratuitos aos usuários – como dispositivos auxiliares, a exemplo de órteses e próteses –, até o contato (seja via telefone ou encaminhamentos) com os familiares, com a rede de saúde de

referência do usuário e com a rede socioassistencial – (CRAS, CREAS, CAPS), casas de apoio para hospedagem (por ex.: Casa Vida, Casa Maria, Leon Denis), conforme a necessidade. O trabalho em equipe multiprofissional otimiza o atendimento aos usuários, buscando contemplar a integralidade do sujeito a partir da troca de conhecimentos e informações entre os profissionais das diversas áreas atuantes no hospital. Essas trocas ocorrem sob a forma de estudos de casos em reuniões de equipe semanais. Nesse sentido, o Serviço Social por sua natureza prático-interventiva incide diretamente nos processos de acesso da população aos bens e serviços sociais nas instituições, estabelecendo uma lógica que abarca instituição e os usuários de seus serviços.

O assistente social, por ter o conhecimento de diversos instrumentais que descreveremos brevemente a seguir, pode fazer uma escuta qualificada e sensível do usuário e do acompanhante, desvelando a realidade a partir dessa escuta, reconhecendo as demandas e intervindo em diversos aspectos da vida desse sujeito, como habitação, renda, documentação, órteses e próteses, orientações de cunho trabalhista, visitas domiciliares, entre muitas outras atribuições.

A respeito dos instrumentais técnico-operativos mais utilizados pelo assistente social, podemos citar a observação, que

...consiste na ação de perceber, tomar conhecimento de um fato ou conhecimento que ajude a explicar a compreensão da realidade objeto do trabalho e, como tal, encontrar os caminhos necessários aos objetivos a serem alcançados. É um processo mental e, ao mesmo tempo, técnico (SOUZA, 2000, p.198).

Considera-se a observação um instrumento fundamental no campo, haja vista o número de pacientes e acompanhantes, macas que não possuem número definido e situações mais complexas, às quais é preciso estar atento para perceber a questão social emergente.

Não é possível atender, de forma individualizada, a todos que dão entrada em razão da quantidade e do fluxo da unidade. Por isso, faz-se necessário ter olhos atentos e sensíveis ao ambiente para que importantes demandas não sejam negligenciadas. Citemos, também, a entrevista que compreende a maioria dos atendimentos sociais realizados no pronto-socorro e que foi instrumento determinante para a realização do projeto de intervenção na unidade. A entrevista tem seu conceito definido nas palavras de Lewgoy, quando diz que é uma técnica utilizada pelos

profissionais do Serviço Social junto aos usuários para levantamento e registro de informações. Esta técnica visa compor a história de vida, definir procedimentos metodológicos, e colaborar no diagnóstico social. A entrevista é um instrumento de trabalho do assistente social, e através dela é possível produzir confrontos de conhecimentos e objetivos a serem alcançados. É na entrevista que uma ou mais pessoas podem estabelecer uma relação profissional, quanto quem entrevista e o que é entrevistado saem transformados através do intercâmbio de informações (LEWGOY, 2007 p.)

Os encaminhamentos da unidade são feitos tanto em demandas mais emergenciais para setores do próprio hospital, casas de apoio e municípios de origem dos usuários ou para refeição, conforme necessidade, tanto quanto instrumento concomitante de outros instrumentais, como a entrevista, quando se trata de encaminhamento a outros serviços da rede de saúde e socioassistencial. Alguns dos demais instrumentais utilizados no cotidiano do profissional assistente social do pronto-socorro são visitas domiciliares, acolhimento, relatórios e pareceres. Todos são de grande importância para a efetivação dos direitos nesse serviço.

3.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Durante o período de observação e apreensão da realidade do pronto-socorro do HUSM na realização do estágio curricular obrigatório I e II, muitas inquietações me vieram à mente. Tais inquietações eram motivadas por diversos aspectos, como a precarização do ambiente, a complexidade dos processos de cuidado, o tamanho da instituição e o grande número de pacientes, acompanhantes e funcionário/profissionais que constroem um cenário totalmente novo e intimidador aos olhos de um recém-chegado. É preciso conviver com as contradições do local para propor uma intervenção que tenha relevância e, nesse sentido, o projeto de intervenção proposto por mim foi tomando forma aos poucos e foi desenvolvido com a finalidade de promover, prevenir e recuperar a saúde dos idosos vítimas de fraturas que dão entrada no pronto-socorro do Hospital Universitário de Santa Maria.

O HUSM atende pacientes em situação de urgência/emergência 100% pelo SUS e, apesar de reconhecermos um público frequente, é difícil traçar um perfil único por se tratar de uma unidade conhecida como a “porta de entrada” do hospital, pela

qual a maioria dos usuários acessa o hospital, independentemente da especialidade clínica à qual o usuário será destinado.

Entretanto, a partir da vivência no campo e da análise documental, percebemos a grande incidência de idosos vítimas de fraturas decorrentes de quedas, tendo em vista que o HUSM possui habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade Traumato-Ortopedia. Quase todos os dias, idosos que moram de Santa Maria e em mais 44 municípios adjacentes dão entrada para tratamento de fraturas. É um desafio diário para os profissionais, no sentido de organizar uma forma de atendimento em meio a uma rotina movimentada, seja pela rapidez que pacientes dão entrada e são transferidos, seja pela urgência de intervenção, ao passo que temos de entender o fluxo de trabalho, as normas e os protocolos para podermos intervir.

O processo de trabalho do assistente social no pronto-socorro envolve o atendimento às demandas identificadas no plantão social, através do acolhimento e escuta sensível ao usuário e acompanhantes, ou trazidas pela equipe multiprofissional e no acompanhamento do paciente com foco nas suas necessidades sociais e na garantia de direitos, visando o bem-estar no período da internação e após a alta, colaborando para a organização desse usuário na sua rotina fora do hospital e garantindo uma alta segura, tanto clínica quanto social. Saber selecionar o que é viável ou não, o que já foi tentado anteriormente e procurar aperfeiçoar e entender que talvez o simples possa fazer a diferença diante de todas as complexidades apresentadas, pode intervir em um universo que já se distingue muito de outros andares do próprio hospital, em virtude de suas particularidades desafiadoras.

Neste sentido, o projeto foi pensado com o intuito de criar uma ferramenta normatizadora para otimizar o atendimento ao idoso fraturado internado no serviço segundo suas especificidades e leis de amparo à pessoa com 60 anos ou mais. Buscou-se assegurar a importância de conhecer esse usuário, sua rede de suporte familiar e comunitária, com o propósito de vinculá-lo a serviços da rede segundo a necessidade de cada um e garantir seus direitos no período hospitalar e após a alta. Ainda, pretendeu-se democratizar o acesso às informações sobre políticas e programas sociais para os usuários e acompanhantes dos idosos internados no pronto-socorro, através do atendimento com questionário dirigido.

Ao final do projeto, as informações coletadas a partir do documento construído, foram computadas e foi possível traçar um perfil dos idosos atendidos. Contemplou-se a avaliação da faixa de renda, da idade com maior incidência das fraturas, o gênero

que mais sofre ocorrência de quedas/fraturas e em que situações elas mais ocorrem. Isso forneceu dados basilares para futuros estudos/pesquisas e ações dos profissionais e do serviço, com vistas à prevenção, à promoção e à recuperação de saúde desses idosos. Os números coletados encontram-se no apêndice B do presente trabalho.

A gênese do projeto se deu a partir da observação do ambiente, das demandas identificadas, do contato com os usuários e cuidadores, de discussões com a equipe multiprofissional do setor e de pesquisas bibliográficas que apontam o número crescente desse evento na população idosa e seus impactos na saúde física, mental e social. No que se refere à saúde dessa população idosa usuária e ao objeto central do projeto, Rubstein(2006) afirma que

...o envelhecimento populacional pode vir acompanhado de um aumento crescente e acelerado de doenças crônico-degenerativas e de eventos incapacitantes, entre os quais uma bastante recorrente são as quedas. As quedas são problemas comuns e frequentemente devastadores entre os idosos, estão no ranque entre os mais sérios problemas clínicos que atingem essa população (RUBSTEIN, 2006, p.39).

Os idosos fraturados atendidos através da ficha de atendimento demonstram que, em geral, as fraturas resultam das quedas sofridas, seja em ambiente familiar ou em atividades do cotidiano, o que evidencia que essa população, apesar da avançada idade, “toma conta da casa”, da horta e de pequenos concertos na residência. Outros sofrem o trauma enquanto trabalham de forma informal remunerada, a fim de complementar a baixa renda.

A ideia de construir uma ferramenta normatizadora de atendimento e intervenção sob o formato de protocolo de atendimento a ser usado pelos assistentes sociais do setor foi elaborada a partir da escuta dos idosos, quando ficou evidente a necessidade de dar voz a esse usuário, a fim de conhecer a subjetividade que incide no cotidiano desse sujeito, ouvir dele(a), quando possível, seus anseios e maiores dificuldades. Nesse sentido, Faleiros (2011) elucida, de forma tangível, quando diz:

O véu de ignorância que perpassa as relações entre usuários e programas só pode ser desvelado com o aprofundamento do conhecimento dessas relações, tornando a exclusão uma chaga visível no tratamento diário, da mesma. Considerar usuários do atendimento à saúde como “jacarés” (que ficam à beira das camas nos corredores) em muitos hospitais públicos é a negação da cidadania. O conhecimento está envolto em comunicação, em ação comunicativa, que pode ser um poderoso instrumento, não só de visibilidade, mas de mudança da situação pela transparência dos critérios,

das mazelas do serviço, do fluxo de atendimento, das classificações dos problemas, definindo-se claramente, por exemplo, o grave e agudo, o prioritário e o secundário. Este desvelamento e esta denúncia só poderão acontecer através da voz dos dominados e excluídos que precisam participar das considerações que se constroem sobre eles. O trabalho da voz do dominado pode ser o canto, a expressão, a reclamação, a denúncia na imprensa e na televisão, o recurso, a assembleia, o grupo, a queixa, a entrevista, contanto que a fala tenha seu lugar garantido. É preciso que se garanta a fala e o lugar da fala para que tenha expressão e força (FALEIROS, 2011, p.196).

O protocolo visa melhorar o atendimento e deixá-lo mais completo no tocante às especificidades do atendimento ao idoso. Busca-se conhecer melhor esse usuário com vistas à recuperação e à prevenção de futuras e quedas pelo desvelamento da realidade que os idosos vivenciam. Foi observado que grande parte dos usuários desconhece as políticas sociais e os programas a que têm direito, e muitos nunca acessaram outros serviços da rede, o que seria positivo para seu estado de saúde. Muitos dos idosos que dão entrada no pronto-socorro do HUSM são reincidentes, tendo internações pregressas, muitas das quais poderiam ter sido evitadas caso ele tivesse acesso a um acompanhamento social e psicológico, bem como a uma rede de atenção básica e demais serviços do município.

Como objetivos principais do projeto podemos citar: a) conhecer o usuário, sua rede de suporte familiar e comunitária e suas demandas de maneira mais ampla, através dos instrumentais técnico-operativos e sob a perspectiva do próprio idoso (quando possível) ou de sua referência de cuidador; b) encaminhar os usuários para as instituições socioassistenciais, de acordo com a territorialidade e as necessidades dos usuários na intenção de promover uma alta segura, referenciando-os a um atendimento da rede que contemple suas necessidades no pós-alta; c) utilizar o instrumento construído a fim de coletar e registrar o perfil desse idoso, tanto de informações mais gerais quanto de informações mais subjetivas, gerando uma tabulação para uso de análise documental e possíveis futuros projetos; e d) estabelecer rotinas e fluxos de atendimento que direcionam a atuação do profissional em relação à prestação de serviço à população idosa do pronto-socorro e, de forma indireta, contribuir para o esclarecimento e a ampliação de uma maior compreensão do processo de trabalho do assistente social aos demais atores que compõem a equipe multiprofissional.

A premissa para a elaboração do projeto foi conhecer o campo, seus usuários, o serviço da equipe, o processo de trabalho da orientadora de campo e as principais

demandas. Esses passos foram dados para se pensar uma intervenção propositiva e realmente efetiva, tendo sido necessário conhecer os limites e normas do campo, uma vez que nem sempre é possível intervir da maneira que planejamos sem interferir em normas e protocolos preestabelecidos. A partir da apreensão das questões mais amplas, conhecer as principais demandas e fazer um recorte do público-alvo foi primordial para definir quais políticas e princípios deveriam ser levados em conta.

Sendo assim, foi selecionado como público do projeto o grupo de usuários com 60 anos ou mais, vítimas de fratura. Os atendimentos foram voltados a esse público de maneira sistemática com ficha de atendimento social pré-existente no setor. A partir desse primeiro contato, foi sendo percebida a falta de questões pertinentes a esse público-alvo na ficha de atendimento, como informações sobre tratamento para doenças crônicas, pessoa de referência⁶, nível de autonomia, situação previdenciária e renda familiar, relação com a comunidade e rede de apoio.

A metodologia de execução do projeto se deu, num primeiro momento, pela elaboração de uma nova ficha dirigida de acolhimento elaborada por mim sob a aprovação dos supervisores APÊNDICE A, a fim de conhecer a realidade e o contexto de vida do sujeito, bem como traçar um perfil dos usuários sobre o acesso às informações. As questões trataram sobre a situação que ensejou a internação, a rede de apoio familiar e comunitário, a situação previdenciária, as condições de moradia, a renda familiar e o acesso à rede e a demais serviços da sociedade. O instrumento é composto por perguntas abertas e fechadas, bem como por espaço para relato pessoal do idoso, momento em que ele versa sobre seu cotidiano e história de vida ou sobre o que ele considerar relevante.

Esse documento construído a partir da vivência no campo foi usado em todos os atendimentos de busca ativa a partir do momento da sua construção. Foi aplicado junto aos usuários de 60 anos ou mais, dentro do serviço. Nesse momento, pude ouvir esses usuários e trazer as informações a respeito da rede socioassistencial, da previdência social, do terceiro setor e dos programas de políticas sociais.

Pela natureza do serviço e carga horária do estágio, bem como atendimentos a demais demandas do cotidiano do pronto-socorro, não foi possível garantir atendimento social a todos os idosos vítimas de fratura que deram entrada no setor, Ao todo, foram realizados atendimentos protocolares com 68 usuários através de

⁶ Cuidador, procurador ou responsável legal.

entrevistas diárias ao longo do período de estágio, sempre reforçando a importância das respostas para questões pertinentes ao período de internação e ao pós alta.

Foi realizado contato com instituições como o CRAS, UBS de referência dos usuários e ONGs do município para definir os encaminhamentos, estabelecer um fluxo, conhecer e usufruir das potencialidades das instituições, visando ao atendimento na totalidade desse usuário. Realizou-se um mapeamento das instituições socioassistenciais, das unidades básicas de saúde, das estratégias de saúde da família e terceiro setor. Foram realizados Cadastros Únicos do Governo Federal para viabilização da inserção em Políticas de Assistência, como o BPC e Bolsa Família.

Os acolhimentos foram realizados com os usuários nos leitos/macas ou com acompanhantes e responsáveis pelo usuário (em caso de impossibilidade do usuário). Todos os atendimentos ocorreram no próprio setor e de forma humanizada, conforme as condições do ambiente.

3.3 DESAFIOS DA PRÁTICA INTERVENTIVA NO CAMPO

Entendemos que o produto da intervenção seja significativo tanto no momento da escuta como a longo prazo. Podemos destacar que, a partir da implantação desse Protocolo de Atendimento, os idosos atendidos tiveram suas demandas visíveis, pois o produto destaca esse idoso dos demais usuários, pelo atendimento especializado e prioritário. A possibilidade de uma melhor organização familiar e comunitária no acompanhamento durante o período de internação e pós alta aumentou consideravelmente. O retorno por parte dos idosos também foi bastante positivo e satisfatório. Observou-se que eles exercitam autonomia a partir da entrevista e do seu lugar de fala, percebem o Serviço Social e o protocolo de atendimento ao idoso fraturado como um respaldo, um serviço que intervém a seu favor. Por vezes, eles fazem confidências e queixas de algum serviço do hospital, alimentação e até de outros profissionais, reafirmando essa visão de que o assistente social tem como papel defendê-lo e respaldá-lo.

O protocolo também pretende impactar positivamente no sentido de evitar futuras internações por causas evitáveis, fato recorrente em idosos fraturados que fazem cirurgia. Isso é feito dispensando informações ao idoso e ao cuidador de

referência sobre o pós alta, aparelhando essa organização familiar e comunitária, realizando contatos com a rede e unidades básicas de saúde segundo a territorialidade do idoso, na possibilidade de visitas domiciliares para curativos e demais demandas e o encaminhamento para inclusão em políticas de transferência de renda e acompanhamento de Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de origem do idoso.

Durante o processo de estágio II, percebeu-se que as principais limitações se dão por conta das legislações e normas que burocratizam qualquer tipo de intervenção proposta. Também ocorrem por conta da infraestrutura de uma instituição federal, onde se faz necessária autorização para qualquer tipo de mudança no espaço, tornando inviáveis maiores interações com usuários e formação de grupos de acompanhantes ou profissionais pela dinâmica da unidade. O local também demanda maior cautela nas próprias entrevistas e atendimentos por se tratarem de usuários fragilizados por doenças crônicas degenerativas, acidentes, pessoas internadas em situação de emergência e final de vida. Entre tantos outros desafios que o espaço traz consigo, é preciso lidar com a melhoria de vidas e garantias de direitos, bem como com frustrações, perdas e mortes. Nesse sentido, Yamamoto exemplifica quando diz que “um desafio é romper as unilateralidades presentes nas leituras do trabalho do assistente social com vieses ora fatalistas, ora messiânicos, tal como se constata no cotidiano profissional” (2010, p.417).

Os usuários do serviço, em geral, encontram-se em situação de vulnerabilidade social e apresentam as mesmas demandas socioassistenciais de outros serviços da rede, reafirmando a necessidade do assistente social nesse serviço, com o agravante de estarem com a saúde comprometida no momento em que são encaminhados para o serviço.

Dessa forma, acredito que o desafio principal tenha sido contemplar as múltiplas necessidades dos usuários e buscar garantir seus direitos, não só no contexto médico-hospitalar, mas pautado no princípio da integralidade enquanto sujeito de direitos para além do hospital. Sendo assim, pode-se afirmar que os desafios são constantes, pois cada usuário atendido traz consigo suas subjetividades, contradições e diferentes demandas e urgências.

Não obstante, as demandas, o pronto-socorro têm como característica a rapidez no atendimento e o fluxo desses pacientes que, após dar entrada no serviço, são transferidos para outros andares, o que desafia a atuação do assistente social,

haja vista que demandamos de tempo, encaminhamentos e da rede para a conclusão da intervenção.

Percebo o quão fundamental é a atuação do Serviço Social no campo estudado, pois os pacientes e acompanhantes se sentem mais seguros em relação aos seus direitos com a presença e a intervenção dos profissionais. A equipe médica tem seu foco direcionado ao trato da enfermidade clínica, enquanto temos uma formação que nos indica a desvelar a realidade e o contexto no qual o sujeito está inserido, entendendo que isso é determinante na saúde física e mental do usuário.

É gratificante, enquanto acadêmica do curso e futura profissional, atender os usuários, ouvir suas demandas, identificá-las através dos instrumentais apreendidos durante a graduação e assegurar que tomaremos as providências cabíveis conforme as possibilidades do contexto. Tive a experiência de ver e poder refletir, a partir do campo, a respeito do sofrimento humano, de vidas marcadas pelo descaso e negligência de uma sociedade desigual ou pelo não acesso de proteção social, somadas ou não ao sofrimento físico e psíquico.

É muito bom ver que a profissão tem papel atuante, inclusive no momento da morte, atuando em conjunto com a equipe multiprofissional no cuidado paliativo, no conhecimento do paciente e na criação de estratégias para que o cuidado se efetive por meio do trabalho junto à família ou ao círculo de relações existentes, recursos sociais, benefícios e serviços pertinentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa, podemos vislumbrar sobre o momento em que a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos em território brasileiro, sendo um dever do Estado prover as condições necessárias para garantir esse direito conforme disposto na Constituição Federal de 1988. Essa conquista se deu por meio de lutas e organização de movimentos sociais, a exemplo do movimento em prol da Reforma Sanitária que, por meio de debates e, sobretudo, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que logrou êxito e deu início a uma caminhada na efetivação da política pública de saúde até os dias de hoje.

Os avanços na área da saúde no formato de um sistema único de saúde acontece somente a partir da década de 1990. No presente estudo, trazemos um breve panorama desse sistema, das políticas públicas de saúde, de sua organização e princípios, bem como do processo de precarização e desmonte pelo qual vem passando ao longo dos anos. A partir desse contexto, discorreremos sobre a atenção à urgência e à emergência hospitalar por parte do trabalho do assistente social área da saúde e a necessidade de ampliação de melhorias e de participação popular.

Neste estudo, damos visibilidade a um evento recorrente que impacta a saúde dos idosos, a fratura de fêmur em decorrência de quedas, uma demanda frequente do setor de urgências e emergências de hospitais. A partir de pesquisa bibliográfica e pela experiência adquirida no pronto-socorro do HUSM, pude apreender sobre essa realidade, como ela geralmente ocorre na vida dos idosos, as implicações desse evento – que, apesar de facilmente evitável, configura-se como um problema de saúde pública, com gastos significativos para as instituições e com determinantes na vida dos idosos, pois interfere no cotidiano em forma de limitações. Esse evento demanda uma nova configuração de reorganização da estrutura familiar e promove impactos psicológicos através do trauma causado, sendo que pesquisas demonstram que esse evento influencia até mesmo na expectativa de vida desses idosos.

A partir dessa experiência enriquecedora, pude visualizar, na prática, as Políticas de Saúde sendo executadas, assim como verifiquei muitas das demandas não sendo absorvidas em decorrência da superlotação e do processo imediatista no qual os atendimentos são ofertados. Esse fato torna a inserção do profissional de Serviço Social tão fundamental no setor, haja vista o olhar atento e a escuta sensível

característicos da profissão, que compreende que, tão importante quanto o tratamento da patologia ou trauma, são as condições que esse usuário possui para lidar com ela.

Os avanços na política de saúde brasileira são inegáveis. Atualmente, o SUS atende de forma universal e gratuita, atendendo 100% da população – se considerarmos o conjunto de ações da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e da saúde do trabalhador. Entretanto, é preciso dar visibilidade a mudanças na configuração da sociedade para superar lagunas que passam a se formar, a exemplo da mudança demográfica que tem ocorrido no Brasil, com um processo de envelhecimento massivo.

O debate acerca desse fenômeno social é urgente, bem como o estudo a respeito de suas particularidades, visando que políticas públicas possam dar o devido respaldo a essa faixa etária que já possui fragilidades inerentes ao processo da velhice. Compreender que o processo de envelhecimento não ocorre da mesma forma com todos e considerar a realidade social do idoso na atualidade pode ser um ponto de partida para avançarmos a uma perspectiva de garantia de cuidado integral e efetivo.

O presente trabalho buscou trazer clareza ao leitor a respeito da realidade apreendida, tanto dos serviços públicos citados, como sobre a realidade dos idosos vítimas de fratura, e evidenciar a importância dos assistentes sociais frente às desigualdades e na efetivação de direitos. Destaco a importância das supervisões acadêmicas e o contato direto com a supervisora de campo, com a equipe multiprofissional e com os usuários atendidos pelo P.S-HUSM, os quais me proporcionaram articular teoria e prática, pautada nas dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativa. Essas pessoas também contribuíram profundamente para a construção do presente trabalho e, sobretudo, para a minha formação enquanto futura profissional de Serviço Social.

Espera-se que a leitura deste Trabalho de Conclusão de Curso possa proporcionar ao leitor reflexões sobre o contexto da saúde brasileira, sobre a desigualdade social como uma mazela a ser enfrentada em conjunto, sobre as particularidades e subjetividades dos idosos enquanto sujeitos de direitos e sobre a atuação do assistente social no âmbito do Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria/ RS no enfrentamento das refrações da questão social.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. S. Saúde e democracia. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

AZEVEDO, C. S et al. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 10, p. 2.410-2.420, 2007.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro - Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

_____. (Constituição 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm >. Acesso em: 18 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990. Disponível em < http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.html >. Acesso em 10/07/2019.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Ministério da Saúde: Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social- PNAS/2004**, Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011

_____. Brasília. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS**. Assistência de Média e Alta complexidade no SUS. CONASS, 2007.

_____, Brasília. Ministério da Saúde - **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 2007. Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf >, acessado em 07/11/2019.

_____. Ministério da Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf> >. Acesso em: 12 ago. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARDOSO, P. F. G. **Ética e projetos profissionais: os diferentes caminhos do serviço social no Brasil**. São Paulo: Papel Social, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em < [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf) > Acesso em: 15 de ago. 2019.

_____. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. **Caracteriza o assistente social como profissional de saúde**. Disponível em:

_____. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília, 1993.

CRESS. I. **Conselho Regional de Serviço Social 10ª Região**. Coletânea de Leis: Revista e Ampliada, 2005.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES-HUSM. **EBSERH**. Disponível em: < <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia> > Acesso em 10/07/2019.

ESTELLITA-LINS, Carlos. A urgência/emergência como modelo crítico para a integralidade. **VIII Seminário Nacional do Projeto Integralidade. O Outro como a face do cuidado: é possível manter uma relação de si com o Outro. 2008**. (Seminário).

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. -10 ed. - São Paulo, Cortez, 2011.

IBGE. **Estados – 2009**. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 15 de jul. 2019.

IAMAMOTO, M. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. Atribuições Privativas do(a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.

_____, M. **Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. São Paulo: Cortez, 2004.

_____, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social. Ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 1992

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche**. Capital financeiro, trabalho e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: um círculo virtuoso? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 47-55, 2002.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista, SILVEIRA, Esalva Carvalho. **A entrevista no processo de trabalho do Assistente Social**. Revista Virtual Textos & Contextos. N.º 8. Ano VI. Dezembro, 2007

MARQUES R.M.; MENDES A. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n.2, p. 39-49, maio- ago 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/05.pdf>> Acesso em: 18/09/2019

MARTINELLI, Maria Lúcia, KOUMROUYAN, Elza. **Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social**. Revista Serviço Social & Sociedade. N.º 54. São Paulo: Cortez, 1994.

MARTINELLI, M. L. O uno e o múltiplo: uma abordagem socioeducacional. In: MARTINELLI, M. L.; RODRIGUES, M. L.; MUCHAIL, S. T. (Orgs.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez/Educ, 1995. p.139-51.

MATHIAS, M. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. 2008. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>>. Acesso em 14 nov.19.

MIOTO; NOGUEIRA. Política social e Serviço Social: os desafios da intervenção. R. Katál., Florianópolis, v. 16, n. esp., 2013 p. 61-71. 2013

PESSÔA, E. M. **Políticas Sociais Alternativas à Institucionalização de Idosos em Municípios da Região das Missões no Rio Grande do Sul**. 132 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – PUCRS, Porto Alegre, 2007.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 18 de set. 2019.

Pinto Neto AM, Soares A, Urbanetz AA, Souza ACA, Ferrari AEM, Amaral B, et al. Consenso brasileiro de osteoporose. **Rev Bras Reumatol**, v. 42, p. 343-54. 2002

RUBENSTEIN,L.Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. **Age and Ageing**, v.35, n.2, p 37-41, 2006.

SCHNEIDER DG, MANSCHEIN AMM, AUSEN MAB, MARTINS JJ, ALBUQUERQUE GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto & Contexto Enferm** [Internet]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09.pdf>> Acesso em: 19 de set. 2019.

SERRA, Rose Mary Souza. **A Prática Institucionalizada do Serviço Social: determinações e possibilidades.** São Paulo, Cortez, 1895.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do serviço social** – 6. Ed. – Biblioteca Básica de Serviço Social; v.3. São Paulo: Cortez, 2012.

SOUZA, Jomilton Costa. **Avaliação da implementação da política ParticipaSUS com foco na estruturação dos Conselhos Estaduais de Saúde.** 65 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília – Brasília, 2012. Acessado em: 01 de ago. 2019.

SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação.** 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

TEIXEIRA, S.M **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital:** implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (org.) **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria.** São Paulo: Cortez; 1989.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 07 de ago. 2019

APENDICE B – TABELA DE DADOS COLETADOS NOS ATENDIMENTOS

No total foram computados 68 atendimentos para fins de tabulação das informações mais gerais como sexo, idade, município de origem, renda, situação que ensejou a fratura e se houve fratura anterior, atendimentos a idosos com os resultados que a seguir:

Faixa etária dos usuários atendidos:

60-70	71-80	81-90	+90
13	26	27	02

Em relação a renda, os resultados obtidos foram:

0-1 SM ⁷	2-3 SM	3 SM	ND ⁸
49	15	2	2

Perguntados sobre fratura anterior:

SIM	NÃO	ND
30	32	06

Sobre o município de origem:

SANTA MARIA	OUTRO MUNICÍPIO	ND
32	35	1

⁷ Salário Mínimo.

⁸ Não declarou.