

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

**INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HUSM:
ABSENTEÍSMO NAS CONSULTAS DO
AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ediane Cristina Oliveira de Moura

**Santa Maria, RS, Brasil,
2015.**

CCSH/UFSM, RS

MOURA, Ediane Cristina Oliveira de

Trabalho de Conclusão de Curso 2015

**INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HUSM:
ABSENTEÍSMO NAS CONSULTAS DO AMBULATÓRIO DE
PEDIATRIA**

Ediane Cristina Oliveira De Moura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais e Humanas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Serviço Social**

Orientador: Prof. Dra. Rosane Janczura

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Curso de Serviço Social**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso**

**INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HUSM:
ABSENTISMO NAS CONSULTAS
DO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA**

elaborado por
Ediane Cristina Oliveira de Moura

como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social

COMISSÃO EXAMINADORA:

Rosane Janczura, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Caroline Goerck, Dra.
(UFSM)

Santa Maria, 01 de dezembro de 2015.

Precisamos, entretanto, dar um sentido humano às nossas construções. E, quando o amor ao dinheiro, ao sucesso nos estiver deixando cegos, saibamos fazer pausas para olhar os lírios do campo e as aves do céu.

(Erico Veríssimo)

Agradecimentos

A Deus sou grata pela oportunidade de vivenciar esse processo de aprendizado.

Aos meus pais por seus ensinamentos para a vida, por serem exemplo de perseverança, simplicidade e caráter, que foram fundamentais para o meu crescimento pessoal, amadurecimento e confiança para conclusão desta etapa.

Ao Paulo Henrique, meu amor pelo apoio, parceria, compreensão e paciência em todos os momentos, dando suporte emocional, me incentivando a enfrentar as dificuldades e a acreditar na minha capacidade, me acalentando nos momentos de angústia.

À minha grande família que é meu alicerce e orgulho e com certeza também é minha motivação para chegar até aqui.

Aos colegas e aos amigos que fiz ao longo do curso, que tornaram mais alegres os meus dias, compartilhando momentos especiais que certamente levarei para a vida toda.

Aos professores que contribuíram muito com seu conhecimento e experiência para o êxito dessa etapa e para meu amadurecimento pessoal e acadêmico.

Aos usuários, os quais possibilitaram o aprendizado da prática, sendo peças fundamentais para conclusão dessa etapa com êxito.

RESUMO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HUSM: ABSENTEÍSMONAS CONSULTAS DO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA

AUTORA: EDIANE CRISTINA OLIVEIRA DE MOURA
ORIENTADORA: ROSANE JANCZURA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 01 de dezembro de 2015.

A área da saúde configura-se como espaço amplo de atuação dos assistentes sociais e representa o contato com os diversos aspectos da realidade social dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa formase fazem notar os obstáculos que frequentemente limitam o acesso desses usuários, que demandam a percepção dos gestores e profissionais que atuam nesse âmbito. Dentre esses problemas está o absenteísmo nas consultas médicas no ambulatório de pediatria do HUSM, ou seja, a falta dos pacientes/usuários às consultas agendadas na rede pública de saúde. O absenteísmo das consultas nesseambulatório tem comprometido o atendimento à demanda, levando ao desequilíbrio do sistema de agendamento devido ao retorno desses usuários ao fluxo de atendimento. Comoa maioria dos casos atendidos, necessita de acompanhamento, o não comparecimento à consulta interfere na resposta do diagnóstico e na qualidade do atendimento e de vida desses usuários. A proposta de intervenção realizada no estágio buscou identificar as causas do absenteísmo, esclarecendo aos usuários a importância do comparecimento às consultas, contribuindo assim com serviço de saúde, para formulação de estratégias que visem à resolução do problema por parte da gestão e dos profissionais da instituição.

Palavras-chave: Absenteísmo. Política de Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT

The health sector is configured as ample space for activities of social workers and is the contact with the various aspects of the social reality of the users of the Unified Health System (SUS). Thus are remarkable obstacles that often limit the access of users who demand the perception of managers and professionals working in this area. Among these problems are absenteeism for medical consultation, namely the lack of patients / users to scheduled appointments in public health. Absenteeism consultations in HUSM the pediatric clinic has committed to meeting the demand, leading to imbalance of the scheduling system due to return those users to the service flow. Like most of the cases treated, requires monitoring, not attending the consultation interfere with the diagnosis response and quality of care and life for those users. The proposed intervention performed on stages sought to identify the causes of absenteeism, explaining to users the importance of attending medical appointments, thus contributing to healthcare, to formulate strategies to solve the problem on the part of management and institution professionals.

Keywords: Absenteeism. Health policy. Social Work.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I- A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO ÂMBITO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA.....	12
1.1 Contextualização da trajetória do Sistema Único de Saúde- SUS	12
1.2 O Hospital Universitário de Santa Maria: histórico, administração e o atendimento de saúde à população	17
1.3 O absenteísmo nas consultas do SUS	21
CAPÍTULO II- O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: ATUAÇÃO PROFISSIONAL E INTERLOCUÇÃO COM A QUESTÃO SOCIAL	24
2.1 O Serviço Social e a atuação na área da saúde e no HUSM	24
2.2 A questão social como objeto de intervenção do Serviço Social	28
CAPÍTULO III- O ABSENTEÍSMO NAS CONSULTAS NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA DO HUSM	32
3.1 Vivência e Intervenção do Serviço Social.....	32
3.2 Reflexão, limites e possibilidades da ação.....	40
CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	48

INTRODUÇÃO

A história da saúde no Brasil perpassa um período de mudanças e lutas para a implementação de um sistema de integralidade que atenda as necessidades da população. O Sistema Único de Saúde que ao longo da sua estruturação intercalou avanços e retrocessos que podem ser observados na sua trajetória histórica é trazido aqui inicialmente com uma breve contextualização de seu surgimento a partir da Reforma Sanitária e da Constituição Federal de 1988.

Empenhados na busca por reformas democráticas, os movimentos sociais, sobretudo o movimento sanitário, assumem protagonismo na década de 1980, na luta por melhorias na saúde e com a Constituição Federal de 1988, são alcançados grandes avanços no campo social. Apesar das conquistas consolidadas neste período, ao longo dos anos, com a incorporação do neoliberalismo, instaurou-se um período marcado pelo retrocesso da efetivação dos direitos sociais.

Desde então, a consolidação do direito à saúde demanda a luta diária de trabalhadores, movimentos sociais, Estado e de toda a sociedade de forma a aprimorar os serviços para atingir os propósitos de universalidade e integralidade das ações para o atendimento das necessidades de saúde da população.

O presente trabalho de conclusão de curso está dividido em três capítulos, sendo que o primeiro intitulado *A política Nacional de Saúde no âmbito do Hospital Universitário de Santa Maria*, realiza um breve resgate histórico da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento para seu surgimento e consolidação das propostas de melhorias no âmbito da saúde, perpassando os avanços e contradições ao longo desse percurso para construção do SUS.

Posteriormente será abordada a saúde no âmbito hospitalar, especialmente do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, bem como aspectos da instituição e mudanças ocorridas, evidenciando os obstáculos inerentes aos serviços de saúde, no que tange o atendimento adequado e efetivo de saúde à população.

Sendo assim a discussão traz o debate acerca do absenteísmo nas consultas do SUS, sendo que a falta dos pacientes/usuários às consultas representa um dos fatores que tem prejudicado o fluxo dos atendimentos de saúde na rede pública.

O segundo capítulo intitulado *O Serviço Social no contexto Hospitalar: atuação profissional e interlocução com a questão social*, aborda o Serviço Social no

âmbito hospitalar, as competências e atribuições da profissão na atuação na área da saúde. Assim traz o cotidiano do Serviço Social no HUSM, e as mudanças ocorridas nesse âmbito a partir da privatização dos Hospitais Universitários Federais (HUFs).

Importa ainda nesse capítulo trazer a discussão acerca da questão social como objeto de intervenção no trabalho dos assistentes sociais, e a configuração desta na área da saúde, frente às demandas cotidianas desses profissionais.

O terceiro capítulo intitulado *O absenteísmo nas consultas no ambulatório de pediatria do HUSM*, consiste em apresentar a experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório, realizado no HUSM, a partir da qual foi possível a aproximação com a área da saúde, bem como do contexto do Serviço Social na instituição.

No decorrer do estágio foram observadas demandas no setor do ambulatório de pediatria do hospital, tendo como destaque o absenteísmo das consultas agendadas, o que fundamentou a elaboração e execução do projeto de intervenção do Serviço Social. O projeto buscou compreender as causas desse absenteísmo, através do contato com os pais ou responsáveis pelos usuários em tratamento de saúde na instituição.

Durante esse processo foram identificadas várias necessidades dos usuários, aproximando-se da realidade da política de saúde na prática e, das demandas que se colocam para o Serviço Social nesse espaço. Dessa forma, buscou-se nessa experiência contribuir para a melhoria do atendimento e efetividade do direito a saúde da população.

CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO ÂMBITO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Esse capítulo inicialmente realiza um breve resgate histórico da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando o movimento para seu surgimento e consolidação das propostas de melhorias no âmbito da saúde. Perpassando os avanços e contradições que envolveram as normativas e pactos instituídos ao longo desse percurso da construção do SUS.

Para isso, considerando-se que as várias proposições sempre têm buscado a integralidade do acesso aos serviços de saúde, descentralização e melhoria no atendimento dos usuários. Entretanto cabe destacar que ainda há um longo caminho a ser percorrido para efetivação das propostas de universalidade do acesso na saúde.

Por conseguinte a abordagem se refere ao âmbito hospitalar, mais especificamente ao Hospital Universitário de Santa Maria, apresentando um breve histórico da instituição, sua administração, bem como trazendo as mudanças no contexto da recente privatização dos Hospitais Universitários Federais (HUFs).

Ainda neste capítulo importa abordar a temática do absenteísmo das consultas da rede pública de saúde, sendo esta uma discussão a ser aprofundada posteriormente. Já que o absenteísmo, ou seja, o não comparecimento dos usuários às consultas agendadas, sem comunicação prévia à unidade de saúde responsável, torna-se um dos obstáculos para o bom andamento do serviço de saúde no atendimento à população.

1.1 Contextualização da trajetória do Sistema Único de Saúde

O movimento sanitário que veio se constituindo no Brasil desde meados da década de 1970, protagonizou a busca por reformas democráticas no país e por respostas à crise da política de saúde que se instaurara. Momento esse em que a política de saúde enfrenta forte tensão devido à disparidade de interesses vivida entre a esfera estatal e empresarial.

Assim percebeu-se o avanço de movimentos populares e a organização de diversas categorias de profissionais, que questionavam a organização dos serviços:

Opondo-se à uma realidade social orientada pela exclusão da maior parte da população aos serviços de saúde, o movimento sanitário surge em questionamento ao contexto vigente que, neste tempo, restringia o direito à saúde à lógica mercantil e voltava-se ao atendimento restrito dos trabalhadores contribuintes, oferecido pelo Instituto Nacional de Previdência Social (FERNANDES, 2014, p. 34).

Na década de 80, período de efervescência política, o movimento sanitário se intensifica através de debates coletivos da sociedade civil em espaços populares, sindicais e estudantis. Dessa forma “obteve avanços na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 6-7). Tal conferência, que teve grande relevância na trajetória histórica da saúde no Brasil, contou com a participação de sindicalistas, estudantes, profissionais da área da saúde e integrantes de movimentos populares, trazendo a discussão de novas perspectivas para o âmbito da saúde brasileira.

Nesse sentido a Reforma Sanitária traz como principal proposta a defesa da universalização das políticas sociais e garantia dos direitos sociais:

Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010, p. 19).

A realização da Assembleia Nacional Constituinte em 1987, como sinaliza Bravo (2007, p. 78) “conseguiu uma coisa inédita no Brasil: a sociedade, apesar de precariamente organizada, mobilizou-se em certos setores (como o da saúde) e colocou no espaço público da política suas opções a respeito de questões cruciais”, o que representou avanços significativos na participação democrática da sociedade.

A partir da Constituição de 1988 a saúde foi uma das áreas em que os avanços foram mais significativos. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080 e lei 8.142 de 1990

(CFESS,2010). Política essa que traz como fundamentos “a democratização do acesso, a universalização das ações, a melhoria na qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações” (BRAVO, 1999; BRAVO e MATOS, 2001 apud Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, 2009, p. 11).

Além do reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva o direito a saúde se configura como direito ao bem-estar completo, envolvendo as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde.

A garantia da saúde é papel do Estado conforme traz a Lei 8.080/90:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 1º).

Ao longo dos anos que sucederam a criação do SUS, uma série de normativas e pactos foram instituídas visando a melhoria da qualidade, a integralidade, a descentralização do acesso aos serviços de saúde. A garantia do acesso, da qualidade da assistência e da organização da atenção à saúde demonstram que é necessário que os governos atuem em nome dos cidadãos para garantir condições adequadas na prestação dos serviços de saúde.

No entanto o projeto político econômico neoliberal consolidado no Brasil nos anos 90, confronta-se com a concretização de uma prática que garanta um Estado participativo, formulador de políticas sociais equânimes, universais e não discriminatórias (BRAVO; MATOS, 2004). O SUS foi criado num contexto contrário à sua proposta de universalidade e equidade, pois o projeto privatista contraria os princípios da Reforma Sanitária, sendo pautado na “política de ajustes, controle dos gastos públicos e na isenção da participação popular na construção de uma política mais democrática” (SANTOS, 2013, p. 237).

Considerando os avanços, mas também as contradições vividas no âmbito da saúde e buscando aprimoramento do trabalho, gestão e atendimento dos usuários, em 2003, o Ministério da Saúde deu início a construção da Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão do SUS, Humaniza SUS. A PNH (2004)

objetiva promover a comunicação entre a gestão, os trabalhadores e os usuários, para melhoria na atenção e gestão do SUS e sua proposta busca assegurar a atenção integral formulando estratégias de ampliação da garantia de direitos dos cidadãos. Desse modo a implementação da PNH pressupõe a construção de uma nova forma de cuidado integral e humana levando em conta as particularidades dos sujeitos e buscando compreender melhor suas necessidades e as questões que envolvem o processo de adoecimento.

Na área da saúde o SUS evoluiu e também se tornou complexo, na medida em que se aproximou da realidade social, política e administrativa do país, de modo que se identificam algumas dificuldades para a consolidação do processo de descentralização no campo da saúde (BRASIL, 2005).

Em 2006 é divulgado o Pacto pela Saúde devido à necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS e com o objetivo de definir responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados. Como uma de suas diretrizes, o Pacto estabelece a regulação do Sistema de Saúde, como um instrumento de garantia do acesso e uma ferramenta de gestão do sistema de saúde (CONASS, 2011).

A respeito da Regulação da Atenção à Saúde o Pacto de Gestão traz:

A eficácia e efetividade, por meio da regulação, deve ser buscada pela transformação de suas ações em facilitadoras de toda a produção da atenção à saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização desta produção (BRASIL, 2005, p. 39).

Em 2008 em conformidade com o processo de descentralização e gestão, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Regulação do SUS que dispõe sobre a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação visando a organização do fluxo e da rede assistencial, objetivando o acesso integral e de qualidade aos serviços de saúde.

Com o processo de descentralização instituído pelas normativas do SUS, muitas ações e serviços que estavam sob a gestão do Estado foram transferidos para os municípios. Dessa forma fazendo com que as Secretarias Estaduais de Saúde assumissem novas funções no sistema de saúde estadual, de coordenar o sistema de saúde de forma a garantir a integralidade do cuidado, por meio da implantação das Redes de Atenção à Saúde (CONASS, 2011).

Para isso, as secretarias estaduais de saúde devem trabalhar cada vez mais os mecanismos de regulação para garantir o cuidado efetivo aos cidadãos e é fundamental que a gestão estadual atue de acordo com as necessidades da população com qualidade, eficiência e com base nos princípios de equidade e integralidade.

Através da Regulação do Sistema de Saúde, o encaminhamento às especialidades e aos hospitais pela Atenção Básica, é estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação. Desse modo o acesso da população a rede de serviços de saúde se dá nos níveis primários de atenção, os quais devem estar qualificados para o atendimento e resolução dos problemas de saúde, sendo que casos específicos não resolvidos neste nível deverão ser referenciados para atendimento especializado ambulatorial ou hospitalar.

As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros níveis da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da regulação iniciada pelos profissionais da atenção básica até o acesso a outros níveis da rede de serviços nas condições e no tempo adequado, com equidade (CAVALCANTI, et al, 2013, p. 66).

O SUS constitui uma rede de serviços que pressupõe uma organização de forma regionalizada que possibilite o conhecimento dos problemas de saúde da população de cada área, facilitando ações de vigilância em saúde e o “acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade” (SOLLA; CHIORO, 2008, p. 627).

Contudo muitos problemas precisam ainda ser enfrentados para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. Tendo como exemplo a “insuficiência e assimetria na distribuição da oferta e no acesso aos serviços de atenção especializada e hospitalar, e também a baixa articulação desses com a atenção primária” (CAVALCANTI, et al, 2013, p. 65). Isto entre outros problemas resulta na dificuldade do acesso aos níveis especializados e na demanda reprimida, em que a oferta não corresponde às necessidades de saúde da população.

Além disso, a dificuldade do acesso dos usuários por atendimento especializado aumenta na medida em que os pacientes já referenciados, normalmente precisam de acompanhamento periódico, ou seja, precisam

detratamentos e procedimentos que muitas vezes exigem retorno. Nesse sentido cabe destacar a importância destes comparecerem às consultas marcadas contribuindo assim para o fluxo dos atendimentos, o que demanda mecanismos e ações por parte da gestão e dos profissionais que atuam nas instituições, na busca de melhorias no atendimento.

1.20 Hospital Universitário de Santa Maria: histórico, administração e o atendimento de saúde à população

O Hospital Universitário de Santa Maria desde sua fundação, em 1970, é considerado referência em saúde para a região centro do Rio Grande do Sul, integrante da Universidade Federal de Santa Maria, a instituição atua como hospital-escola, voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde.

Para atender a comunidade, atualmente, o HUSM conta em sua infraestrutura com 30.000 m² de área construída, incluindo área ambulatorial que possui 68 consultórios com Ambulatórios de Especialidades e 14 salas para procedimentos, curativos, vacinas, triagem e acolhimento, farmácia, avaliação nutricional, atendimento odontológico, Centro Cirúrgico com 7 salas; Centro de Transplante de Medula Óssea e Renal; Centro Obstétrico com salas de parto e Alojamento Conjunto; 20 leitos de apoio, incluindo as áreas de Recuperação Pós-Anestésica; Emergência 24 horas adultos com 22 leitos, 6 pediátricos e 2 psiquiátricos, 10 Consultórios de Emergência e 13 salas de procedimentos e observação; Endoscopia, Broncoscopia; Fisioterapia; Hospital-Dia em HIV/AIDS; Laboratórios; Salas de Recreação Terapêutica (para crianças: Brinquedoteca na Pediatria e na Onco-Pediatria); Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Vigilância Epidemiológica; Serviço de Hemoterapia; Serviço de Internação Domiciliar; 371 leitos de internação; Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), entre outros (EBSERH, 2015).

Além disso, o HUSM aderiu às importantes políticas do Ministério da Saúde como: Política Nacional de Humanização (PNH), Rede Cegonha, Urgência e Emergência, Saúde Mental e Tratamento do Câncer.

Toda essa estrutura é movimentada pelo trabalho de 1.170 técnicos administrativos, 417 contratados pela EBSERH, 164 docentes do quadro funcional

do HUSM, 598 funcionários terceirizados, 06 contratados FATEC, 213 bolsistas, 255 residentes médicos e 65 residentes multiprofissionais e ainda cerca de 1000 alunos por semestre que realizam estágio curricular e têm no âmbito do HUSM, seu campo de aprendizado (EBSERH, 2015).

Sendo um dos únicos hospitais da região que atende pelo SUS, onde são prestados diversos serviços especializados de saúde, de média e alta complexidade, atende Santa Maria e 42 municípios da região centro-oeste do estado atingindo uma população superior a 1 milhão e 150 mil habitantes, fazendo com que a demanda supere a sua capacidade física e pessoal. Referindo-se à assistência ao SUS, o HUSM é o único hospital público da região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, referência para pacientes terciários de alta complexidade, portadores de complicações clínicas ou cirúrgicas, gestantes de alto risco e transplantes e realiza procedimentos desde os mais simples até os mais complexos, exclusivamente para os usuários do SUS (EBSERH, 2015).

Assim, presta serviços servindo como campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação, de cursos de várias áreas do conhecimento da UFSM além de outras Instituições de Ensino da região, viabilizando a assistência multidisciplinar à comunidade e conduzindo pesquisas em caráter interdisciplinar.

A Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), define que a média complexidade é composta por ações e serviços para atender aos principais agravos de saúde da população, cuja complexidade requer profissionais especializados e recursos que auxiliem no diagnóstico e tratamento. E a alta complexidade envolve procedimentos que demandam alta tecnologia e alto custo, com objetivo de proporcionar à população um atendimento qualificado, integrando aos demais níveis de atenção.

O atendimento dos ambulatórios do HUSM se dá a partir do encaminhamento dos pacientes, que tem como porta de entrada na Atenção Básica as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), primeiro nível da atenção à Saúde no SUS. Conforme a necessidade os usuários são posteriormente encaminhados através da Secretaria de Saúde, responsável pela regulação das consultas para o atendimento de especialidades na rede municipal ou no HUSM.

A partir do Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010 que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), objetivando a reestruturação física e tecnológica dos hospitais universitários

integrados ao SUS (BRASIL, 2010), foi criada pela Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que se configura como uma empresa pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação (MEC) para atuar na gestão dos Hospitais Universitários Federais (BRASIL, 2011).

O quadro de funcionários dos HUFs é composto por servidores públicos vinculados às Universidades Federais, funcionários públicos da EBSERH, profissionais contratados por outros vínculos que estão sendo substituídos por empregados da EBSERH e profissionais terceirizados que desempenham diversas funções. Além dos funcionários, os HUFs têm a presença de professores universitários, residentes das diversas áreas profissionais e alunos em formação.

Em 2013 o HUSM passou a ser administrado pela EBSERH, cujo principal objetivo é de regularizar a contratação de funcionários no hospital, que até então eram empregados pela Fundação e Apoio à Tecnologia (FATEC). Essa mudança gerou incertezas nos trabalhadores e comunidade, uma vez que os novos funcionários são empregados da empresa e não da universidade, contratados a partir de concurso e regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que não tem a estabilidade conferida no regime estatutário.

Assim tem como modelo de financiamento a contratação de serviços e metas de qualidade, assistência de ensino e pesquisa, com orçamento fixo para incentivos e atendimentos da média complexidade e por produção para os procedimentos de alto custo, além de outros repasses do Ministério da Educação e Saúde para custeio, dentro do programa REHUF (EBSERH, 2015).

A partir da reestruturação, no HUSM ocorreram mudanças na administração, funcionamento, atendimentos e com relação ao quadro de funcionários que aumentou significativamente, visando melhor atender aos usuários. Entretanto entre outras dificuldades o aumento de pessoal não condiz com a estrutura física do hospital onde muitos profissionais precisam dividir salas para o atendimento aos pacientes e usuários. Tratando-se da estrutura física/tecnológica segundo o Regimento da EBSRH (2015), está defasada em relação à legislação vigente sendo que sua adequação está prevista no Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários e no plano apresentado ao governo, para o qual já foram contempladas algumas tecnologias importantes.

Deve-se considerar que é necessário o aprimoramento de gestão levando em conta que o aumento do quadro de pessoal, requer mudanças na estrutura e

organização para não precarizar o trabalho dos profissionais vinculados à instituição, bem como desqualificar o atendimento de saúde prestado aos usuários.

Outra questão refere-se à necessidade de desenvolvimento de ações da gestão que considerem as dificuldades com que os profissionais se deparam cotidianamente no atendimento à população. Estas que muitas vezes demandam ações de gestão das instituições em conjunto com as secretarias de saúde para melhoria e ampliação do acesso dos usuários.

Nesse sentido deve-se considerar que a articulação entre os serviços de saúde é essencial para a eficácia do atendimento da população, pois apesar do aumento dos atendimentos, ainda persiste o problema da demanda reprimida de usuários para atendimento especializado de saúde, sendo que a atenção básica resolve uma pequena parte dos problemas de saúde e encaminha a maioria dos casos para atendimento especializado.

Na figura abaixo divulgada pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde em 2013, pode-se observar a demanda reprimida em relação a oferta anual de vagas no HUSM, para pacientes dos municípios referenciados pela Secretaria para atendimento especializado no HUSM.

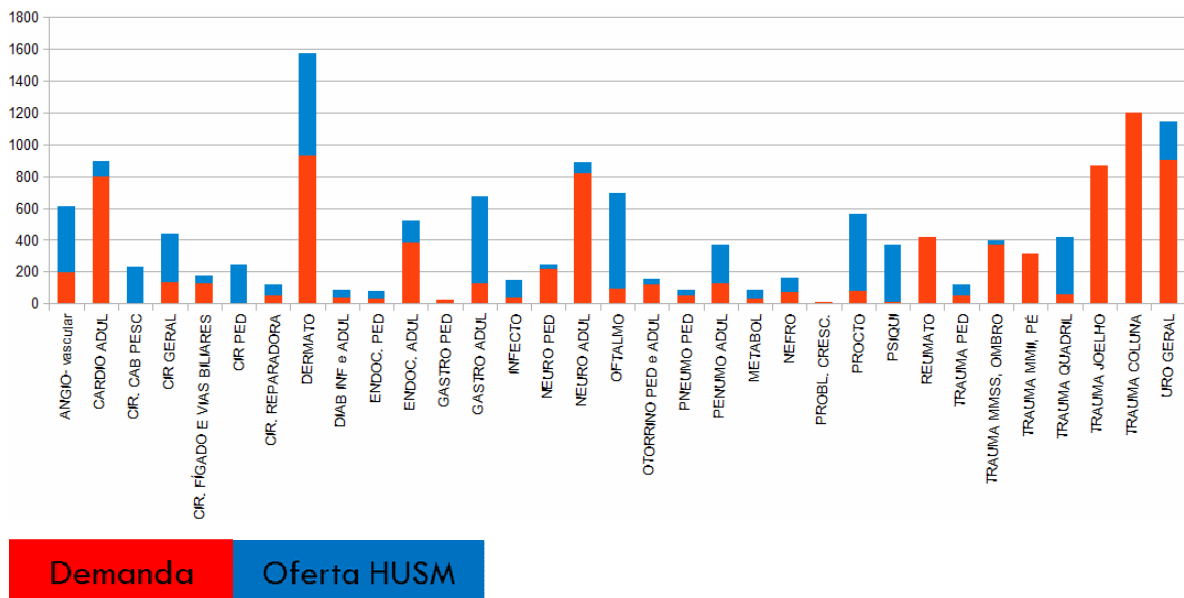


Figura 1. Demanda reprimida em relação à oferta anual de vagas no HUSM.

Fonte: Descentralização da Regulação do acesso às consultas especializadas. Setor de Planejamento e Regulação – 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2013.

Contudo, além da demanda reprimida do SUS outro problema que representa um obstáculo para o andamento do serviço é o absenteísmo das consultas agendadas na rede pública de saúde, ou seja, a falta dos usuários às consultas. Esse problema do absenteísmo requer o desenvolvimento de ações para identificação das causas, entendendo que este seria o primeiro passo para buscar soluções que venham ao encontro das necessidades desses usuários.

1.3O absenteísmo nas consultas do SUS

O absenteísmo nas consultas do SUS, que se trata das faltas dos usuários/pacientes a procedimentos marcados, tem acarretado dificuldades para o andamento dos serviços de saúde (SANTOS, 2008). Levando em conta que a demanda reprimida de usuários que buscam por atendimento nesse âmbito tem diversas causas, sabe-se que dentre os muitos entraves, este representa mais um fato relevante que retarda o processo de referência e contra referência que norteia os atendimentos dos usuários do sistema público de saúde.

Dentre outros entraves, a questão do absenteísmo aparece com frequência nos serviços de saúde, mas apesar disso não se tem muitos estudos sobre o tema, o que dificulta a identificação das causas e conseqüentemente contribui para limitar a garantia da atenção nos diversos níveis dos serviços de saúde.

Santos (2008) sinaliza que o problema gerado pelo absenteísmo refere-se não apenas ao desperdício de recursos públicos, como também ao aumento da demanda, por motivos relacionados tanto ao sistema de saúde, quanto a questões socioculturais ligadas diretamente à população, que sem a solução do seu problema acaba por retornar ao fluxo de marcação.

O absenteísmo nas consultas médicas compromete o atendimento e desequilibra o sistema de marcação, pois quando ocorre a falta, o paciente tem a possibilidade de reagendar sua consulta para uma nova data, mas sua vaga deixa de ser preenchida, o que acarreta o aumento da demanda, além de comprometer a evolução do tratamento de pacientes que necessitam acompanhamento, refletindo na qualidade de sua saúde.

Referindo-se ao âmbito do HUSM, que atende um número significativo de pacientes em seus ambulatórios, as falhas existentes nesse contexto do

absenteísmo, tem contribuído para o aumento da demanda reprimida de pacientes que aguardam por atendimento especializado.

Conforme matéria divulgada pelo Jornal local Diário de Santa Maria em setembro de 2015, dados colhidos entre os meses de abril e julho de 2015 pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) ¹, apontam que nesse período deixaram de ser realizados no HUSM, metade dos atendimentos do SUS. Nesse aspecto foram apresentados dois motivos: a falta dos pacientes às consultas marcadas, com um percentual de 27% a 30% de ausência nas primeiras consultas; e não preenchimento das vagas devido ao não agendamento de consultas que varia de 18% a 23%.

No mês de julho de 2015 das 2.212 vagas disponíveis, 518 não foram agendadas e 524 representam pacientes que faltaram à primeira consulta. Entretanto a demanda de pacientes que aguarda por atendimento no SUS é de cerca de 33 mil pacientes segundo dados da Associação dos Municípios da Região Centro.

Além dessa questão as Secretarias de Saúde não preenchem todas as vagas que são disponibilizadas pelo hospital, pois as consultas são marcadas por meio de postos de saúde, sendo responsabilidade do posto, avisar que o paciente conseguiu a vaga, porém muitos usuários não comparecem para buscar a autorização que possibilita a consulta e conseqüentemente perdem a sua vez.

Nesse sentido a gestão e os profissionais que atuam nesse âmbito são mais uma vez requisitados para a percepção desses problemas, pois através de seu olhar atento às necessidades dos usuários é que podem ser tomadas atitudes para o desenvolvimento de ações visando à resolução do problema.

Os dados citados acima confirmam o que vem sendo observado pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde, porém, não há muitos estudos ou pesquisas que indiquem os motivos desse problema. Percebe-se assim a emergência de ações que possibilitem a identificação das causas do absenteísmo.

As questões que permeiam o acesso da população aos serviços de saúde podem ter varias causas, desde a capacidade destes para o entendimento e processamento das informações sobre o funcionamento do serviço quanto pela

Dados divulgados no segundo semestre de 2015, posterior ao período de estágio realizado no ambulatório de pediatria.

percepção da importância do cuidado com seu quadro de saúde. Cavalcanti et al (2013, p. 64) sinaliza que o absenteísmo “se trata de um fenômeno multi - causal, onde as relações de causa / efeito perpassam todos os atores envolvidos (trabalhadores, gestão e usuários)”.

Assim cresce a necessidade de organização dos serviços de forma que respondam às necessidades dos usuários, aproximando-se de sua realidade e prestando informações pertinentes ao processo em que estão envolvidos.

Refletir sobre essa questão implica principalmente não toma-la como simples falta de conscientização da população que não comparece à consulta, mais que isso, cresce a necessidade de conhecer a realidade desses sujeitos e os motivos de sua ausência, para buscar soluções que possam contribuir com a qualidade do serviço de saúde e com o sucesso do tratamento desses pacientes.

CAPÍTULO 2- O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: atuação profissional e interlocução com a questão social

Esse capítulo traz a abordagem do serviço social no âmbito hospitalar, situando o percurso da profissão e a discussão das competências e atribuições dos assistentes sociais que envolvem o atendimento dos usuários na área da saúde. Esses profissionais tem se deparado com diversas demandas dos usuários com quem atuam, além de enfrentar cotidianamente dificuldades e barreiras institucionais para desempenhar suas funções com efetividade. Para tanto importa observar o Serviço Social na instituição HUSM, a atuação dos profissionais nos diversos setores, bem como as mudanças vividas por estes a partir da privatização dos HUFs.

Posteriormente traz a abordagem da questão social como objeto de intervenção do assistente social e a importante atuação desses profissionais no enfrentamento das demandas que se apresentam diariamente na sua prática. Tais demandas que de alguma forma estão vinculadas às expressões da questão social na sociedade em que vivemos.

2.1 O Serviço Social e a atuação na área da saúde e no HUSM

No campo da saúde a atuação do assistente social demonstra que esta política social pode manifestar uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana (SODRÉ, 2010), de modo que o atendimento dos usuários permite ao profissional a aproximação da realidade e identificação das questões que permeiam seu acesso aos serviços de saúde.

A atuação do Serviço Social na saúde, assim como em outras áreas, traz à tona o significado da profissão no contexto das desigualdades e situação de vulnerabilidades a que muitas vezes os usuários estão sujeitos. Isso reforça a necessidade de constante aprimoramento do conhecimento para uma atuação coerente com o projeto ético político da profissão.

O Código de Ética profissional do assistente social (1997) fundamenta o trabalho do profissional, trazendo seus princípios fundamentais que nesse aspecto podem dar bases à atuação tais como o “posicionamento em favor da equidade e

justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (CFESS, 1997, p.23). E como outro princípio importante nesse âmbito, o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 1997, p.24).

Conforme Yamamoto (2007), isso representa repensar as ferramentas de trabalho, seu objeto, bem como as manifestações da questão social que se apresentam na rotina de atuação desse profissional. Baseado em valores éticos que direcionam a atuação para a emancipação dos sujeitos e garantia de seus direitos.

Diante disso cabe refletir que a atuação do assistente social na saúde, requer o cuidado para que o profissional não acabe realizando funções que não são de sua competência e atribuição. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) trata desta questão no documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde(2010), destacando que o profissional por vezes tem uma concepção equivocada do fazer Serviço Social, limitando-se apenas à ação direta com os usuários, além disso, distanciando-se do objetivo da profissão que na área da saúde requer a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença buscando formas para o enfrentamento destas questões.

Tendo como aspecto fundamental na área da saúde a implementação efetiva do projeto de Reforma Sanitária que vem se construindo ao longo dos anos, cabe aos profissionais direcionar sua ação na tentativa de identificar os entraves para efetivação desse projeto, entendendo que este tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais.

Bravo e Matos (2004) ressaltam aspectos para se pensar uma atuação competente e crítica do profissional na área da saúde, tais como a facilitação do acesso dos usuários aos serviços de saúde na instituição e a luta pela real efetivação do SUS, através da construção de espaços que garantam a participação popular e dos demais profissionais que atuam nesse âmbito.

Nesse sentido a atuação profissional do assistente social embasada no seu projeto ético político e nos princípios que norteiam a profissão, tem como compromisso não só a viabilização de recursos e garantia de direitos, como a formulação de estratégias em conjunto com outros profissionais, que venham ao encontro das necessidades dos usuários em cada âmbito ou política em que o Serviço Social esteja inserido.

O Hospital Universitário de Santa Maria, conta com profissionais de diversas áreas atuando nas questões de saúde, dentre estes o Serviço Social, que se depara com os desafios que se colocam tanto para a atuação desses profissionais, como para a garantia do atendimento e efetivação dos direitos dos usuários.

O HUSM anteriormente contava apenas com 03 assistentes sociais, distribuídos nos diversos serviços oferecidos pelo hospital e conseqüentemente restringia suas atividades a atendimentos emergenciais, o que dificultava o desenvolvimento de ações e projetos voltados para a educação e promoção de saúde junto aos usuários do serviço.

A recente ampliação do quadro de assistentes sociais, fruto de contratações da nova gestão do hospital pela EBSERH, que agora conta com 15 profissionais, apesar da precarização do trabalho no aspecto estrutural e organizacional, tem contribuído para o melhor atendimento dos pacientes/usuários do sistema de saúde, atendidos nos vários setores e especialidades do Hospital. Esses profissionais estão divididos de forma que cada um concentra seu trabalho no setor de sua abrangência, conforme o quadro:

HUSM- Setor de abrangência	Número de profissionais
Ambulatórios/ Próteses Auditivas	02
Centro Obstétrico /Alojamento conjunto/ UTI- RN	01
Clínica Cirúrgica	01
Hemato- Oncologia/ Quimioterapia	01
Hemato- Onco. /CTMO/ CT CRIAC	01
Internação Domiciliar	01
Internação Pediátrica, UTI Pedi./ Pronto Socorro Pedi.	01
Pronto Socorro Adulto e Psiquiátrico/ Sala Recuperação	02
Psiquiatria/ Ambulatório de Psiquiatria	01
Serviço de Hemoterapia	02
Serviço de Reabilitação- CIAVA	01

UTI/UCI	01
Total de profissionais assistentes sociais	15

Figura 2. Número de profissionais assistentes sociais por setor do HUSM.

Fonte: MOURA, E, C, O de. Relatório Final de Estágio II. Curso Serviço Social. UFSM, 2015, p. 8.

Cada setor citado acima conta com pelo menos um assistente social, totalizando 15 profissionais que atuam na instituição. No entanto alguns desses profissionais não dispõem de espaço físico como salas individuais, e precisam compartilhar computadores e materiais dos quais necessitam para realizar seu trabalho diário na instituição. Dos 15 profissionais, 7 dividem a mesma sala, alguns trabalham no mesmo horário e outros possuem escalas de horário diferentes, nos turnos manhã e tarde.

Ainda, referindo-se ao espaço físico, a sala do Serviço Social está dividida em dois ambientes em que o primeiro é utilizado para os atendimentos aos usuários, sendo também o único acesso para o espaço destinado aos assistentes sociais. Isso leva muitas vezes a interrupção do atendimento ao usuário, podendo inclusive vir a comprometer o sigilo das informações.

Sobre essa questão, cabe refletir que o Código de Ética do Assistente Social, Lei 8.662/ 1993, traz em seu artigo 3º que “o sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional”, mas para isso é necessário que o profissional tenha condições de espaço próprias para o desenvolvimento do seu trabalho. No entanto sabe-se que nem todas as instituições dispõem de ambiente propício e instrumentos para realização do atendimento ao usuário para que seja respeitada a privacidade e o sigilo das informações compartilhadas entre profissional e população. Isso enfraquece as relações de trabalho e exige dos profissionais enfrentamentos cotidianos para garantir e assegurar os princípios fundamentais do código de ética.

Esses profissionais trabalham com diversas demandas dos usuários articulando com os profissionais de outras áreas, que atuam na instituição, desenvolvendo seu trabalho no sentido de informar e esclarecer a população usuária sobre as questões que permeiam os serviços da instituição, sobre seus direitos,

democratizando informações e viabilizando o acesso dos usuários aos serviços de assistência e saúde.

No entanto o exercício profissional muitas vezes, enfrenta dificuldades com os limites da instituição, para implementar o projeto o ético-político e assegurar os direitos dos usuários o que expressa as contradições presentes entre as demandas profissionais e demandas institucionais.

Pensar a atuação crítica e competente do profissional de Serviço Social implica articular-se com trabalhadores e usuários para garantia do acesso aos serviços de saúde da instituição o que pressupõe:

Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como, levantar discussão e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços [...] (BRAVO; MATOS, 2009, p. 44).

Diante disso, a inserção dos assistentes sociais na saúde, apesar dos obstáculos, desafia cotidianamente o profissional a empenhar-se na defesa dos direitos, da democracia e acesso da população aos serviços, muitas vezes confrontando-se com as transformações e objetivos diferenciados da instituição ou dos demais profissionais do seu cotidiano de trabalho.

2.2 – A questão social como objeto de intervenção do Serviço Social

Com o surgimento do sistema capitalista emerge a questão social e as problemáticas sociais como contradições da relação capital/trabalho. A partir disso tem início a construção da categoria do Serviço Social.

A questão social, nas palavras de Yamamoto (2000) é entendida como o conjunto das expressões da desigualdade em nossa sociedade, essas advindas do sistema capitalista que tem na sua gênese, a divisão social de classes. Tendo como contradição na sociedade capitalista, o trabalho coletivo e a apropriação dos frutos desse trabalho, ampliando as desigualdades sociais e econômicas da população.

Entretanto a respeito da vinculação do surgimento do Serviço Social com a questão social Guerra et al (2007) enfatiza:

[...] o surgimento da profissão não tem a ver com uma suposta evolução das práticas assistencialistas, filantrópicas e caritativas, mas com o desenvolvimento da sociedade capitalista que, ao produzir a “questão social”, produziu as condições sócio-históricas que exigiram o seu atendimento pela via das políticas sociais, criando, assim, um espaço sócio-ocupacional para o Serviço Social (GUERRA, et al, 2007, p. 251).

O Serviço Social é uma profissão que trabalha com a realidade social e com as múltiplas expressões da questão social as quais se manifestam nas diversas áreas de sua atuação. Sua prática está direcionada para as questões das desigualdades e violações de direitos, especialmente dos sujeitos em situação de vulnerabilidade social.

Para isso o assistente social trabalha intervindo na realidade, através de políticas públicas para viabilização de direitos, dando suporte na questão da democratização de informações e do acesso, orientando e informando os usuários no intuito de sanar suas necessidades. Como sinaliza Janczura (2007):

Os assistentes sociais procuram refletir sobre os reflexos da questão social para a institucionalização das respostas dadas pelo Estado à sociedade através das políticas públicas e sobre as possibilidades de intervenção prática, quer como partícipes do Estado ou como membros de entidades da sociedade na solução dos problemas gerados pelas próprias demandas da sociedade (JANCZURA, 2007, p. 233).

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional “demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais” (CFESS, 2010, p. 34).

No cotidiano das atividades o profissional de Serviço Social enfrenta constantemente o desafio de lidar com as questões relativas à exclusão social, de modo que o exercício profissional do assistente social explicita a dimensão política da profissão, reconhecendo os direitos dos cidadãos e objetivando sua emancipação social. A atuação requer conhecimentos e práticas no uso de seus instrumentais para alcançar os resultados. Isso baseado em valores éticos, os quais definem a identidade da profissão direcionando a atuação na emancipação humana e à humanização da prática profissional (MARTINELLI, 2011).

O desafio que se coloca para os assistentes sociais é de se aprimorar, qualificar seu conhecimento, acompanhando e entendendo as particularidades da questão social, frente às estratégias de descentralização das políticas públicas e

ações em saúde. Entendendo que estes estão cotidianamente em contato não só com as questões de saúde dos vários segmentos da população, como da violência, habitação e educação (IAMAMOTO, 2000), vivenciando as diversas formas como estas interferem na vida dos sujeitos.

Nesse sentido, no âmbito da instituição HUSM, nos atendimentos de saúde à população, a questão social se manifesta nas situações de vulnerabilidade dos usuários, e seu enfrentamento se dá no trabalho do assistente social que no cotidiano de sua atuação, precisa fazer uso dos instrumentais teórico-metodológicos, ético políticos e técnico-operativos, intervindo para transformação da realidade desses sujeitos.

O atendimento em saúde no HUSM é público, universal, sendo direito de todos, por isso os usuários desse serviço são de todas as classes sociais. Entretanto as demandas com as quais o Serviço Social que atua na instituição se depara, em sua maioria, são provenientes da desigualdade e situação de vulnerabilidade, expressas nas baixas condições econômicas da população.

Sendo estas observadas em diversas demandas dos usuários atendidos na instituição, como a dificuldade no atendimento de suas necessidades básicas as quais fazem parte do conceito de saúde fundamentado na Constituição (1988). Isso pode ser observado na dificuldade de acesso à alimentação, habitação, saneamento básico, transporte, entre outras.

Desse modo prevalece no trabalho do assistente social, o atendimento de pessoas de baixa renda, as quais são beneficiárias de programas sociais do governo. Muitas delas em situação de desemprego, com dificuldades para estadia no município (acompanhantes de pacientes vindos de outros municípios), além de dificuldades na questão da alimentação, transporte e aquisição de medicamentos.

Nesse aspecto cabe destacar que no âmbito do HUSM, constantemente os usuários são encaminhados pelos profissionais, para os centros de apoio como a Casa Vida que se trata de um amparo assistencial para pessoas em tratamento de saúde e ainda, do Abrigo Assistencial Leon Dênis, entre outras instituições, tendo estas como alternativas de apoio para hospedagem principalmente dos usuários e seus acompanhantes vindos de outros municípios para tratamento de saúde no HUSM.

Portanto, o profissional de Serviço Social, da área da saúde se depara com diferentes expressões da questão social fazendo a articulação com as demais

políticas, inclusive se apoiando em outros setores como da assistência e instituições filantrópicas, para dar suporte a sua atuação de forma a garantir o atendimento e minimizar as necessidades desses sujeitos.

No entanto como sinaliza Guerra et al (2007) para o Serviço Social, cujo fundamento da atuação reside principalmente no campo das políticas sociais é indispensável a análise crítica sobre os fundamentos da questão social bem como das particularidades que suas expressões assumem, nos diferentes contextos de sua atuação.

CAPÍTULO 3 – O ABSENTEÍSMO NAS CONSULTAS NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA DO HUSM

O segundo período de estágio curricular obrigatório foi realizado no Hospital Universitário de Santa Maria, junto do profissional assistente social atuante no setor dos ambulatórios adulto e pediátrico e requer, além da observação e realização das atividades junto ao profissional, a identificação de demandas ou necessidades que se apresentam na instituição campo de estágio. Para que a partir dessa identificação possa se desenvolver uma proposta de intervenção objetivando atender a essas necessidades, suprir essa demanda e, dessa forma possibilitando a experiência prática para posteriormente atuar como profissional de serviço social.

A demanda que se destacou foi do absenteísmo dos usuários nas consultas agendadas no ambulatório de pediatria do HUSM, para a qual foi desenvolvida uma metodologia de intervenção com os usuários. Nesse contexto essa intervenção não só vem a atender uma necessidade da instituição, como também se configura como estratégia de enfrentamento de expressões da questão social que possam estar vinculadas a essa demanda, objetivando contribuir para melhoria do atendimento de saúde dos usuários.

Cabe refletir sobre as possibilidades de ação e os limites institucionais, do serviço e do próprio profissional em formação que muitas vezes se depara com dificuldades, mas que dão bases para o crescimento e desenvolvimento da sua prática e futura atuação.

3.1 Vivência e Intervenção do Serviço Social

A experiência do estágio realizado junto ao ambulatório de pediatria representou o contato com as demandas deste setor do hospital, através da observação e acompanhamento do trabalho desenvolvido pelo assistente social (supervisor de campo) referente às necessidades dos usuários/pacientes em atendimento de saúde no HUSM. Nesse caso acompanhando os atendimentos dos usuários que consultam nos ambulatórios de pediatria e adulto, mas não deixando de atender outros usuários e suas diversas requisições que chegam ao Serviço Social.

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção que é requisito para conclusão do estágio, primeiramente foram sendo observadas as demandas que se destacavam no cotidiano da instituição, acompanhando e desenvolvendo atividades em conjunto com o assistente social, procurando articular com outros profissionais como da medicina e enfermagem, além de residentes que pudessem contribuir para a percepção dos problemas de maior relevância para intervenção do Serviço Social. Principalmente devido ao curto período de que dispunha para observação, apreensão das demandas, elaboração e aplicação do projeto junto aos usuários.

Nesse contexto cabe destacar a importância de formular propostas efetivas diante das necessidades apresentadas pelos usuários, ou pela instituição para não apenas fazer um projeto baseado no interesse do acadêmico, mas principalmente que tenha relevância para os usuários e possa trazer uma contribuição efetiva para transformação da realidade dos envolvidos nesse processo.

Para a identificação das demandas e elaboração da proposta de intervenção foi necessário esforço e certa agilidade, por esse se tratar do segundo período de estágio obrigatório. O primeiro período foi realizado no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), sendo este o momento destinado para identificação de demandas e elaboração do projeto de intervenção. Mas devido à mudança de campo, o segundo período se tornou curto em termos de tempo para conhecimento, análise institucional e identificação de necessidades que justificassem a realização do projeto de intervenção.

Sendo assim, a alternativa foi buscar apoio tanto da assistente social, que também estava atuando há pouco tempo na instituição, como dos demais profissionais, enfermeiros, médicos e residentes do Serviço Social para identificação de demandas observadas por eles que necessitassem de uma maior atenção do Serviço Social.

A primeira ideia que surgiu, foi sugerida pela profissional de enfermagem, no âmbito dos pacientes amputados, porém não era de domínio da estagiária e, além disso, estava sendo abrangida pela equipe multiprofissional, inclusive por residentes do Serviço Social. Assim, foi através de orientação acadêmica e observação das demandas que predominavam no campo de estágio, bem como por ser um problema apontado pela própria administração do HUSM, que surgiu a proposta de intervenção com relação às faltas dos pacientes do ambulatório de pediatria, sendo este o setor de abrangência do assistente social supervisor de campo.

Segundo informações do setor de Regulação e Avaliação em Saúde², o número de atendimentos realizados no Hospital têm aumentado expressivamente, todavia, um fato preocupante é que também tem aumentado o índice de absenteísmo das consultas médicas, ou seja, o não comparecimento do usuário às consultas agendadas, sem comunicação prévia à unidade de saúde responsável. Neste caso, a falta nas consultas acaba restringindo o fluxo dos atendimentos ambulatoriais e dificultando o acesso dos usuários.

No processo de estágio o absenteísmo nas consultas foi observado por um curto espaço de tempo, a partir da vivência no campo de estágio e através do acompanhamento do trabalho do assistente social, que atua no ambulatório de pediatria do Hospital. Entretanto os profissionais têm percebido na sua prática cotidiana que esse problema tem sido recorrente, o que afirma a relevância da intervenção do Serviço Social para aprofundamento dessa questão.

Conforme divulgação do Setor de Planejamento e Regulação da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, em 2013, na figura abaixo, se pode verificar o absenteísmo das consultas nos municípios da região centro referenciados no HUSM.

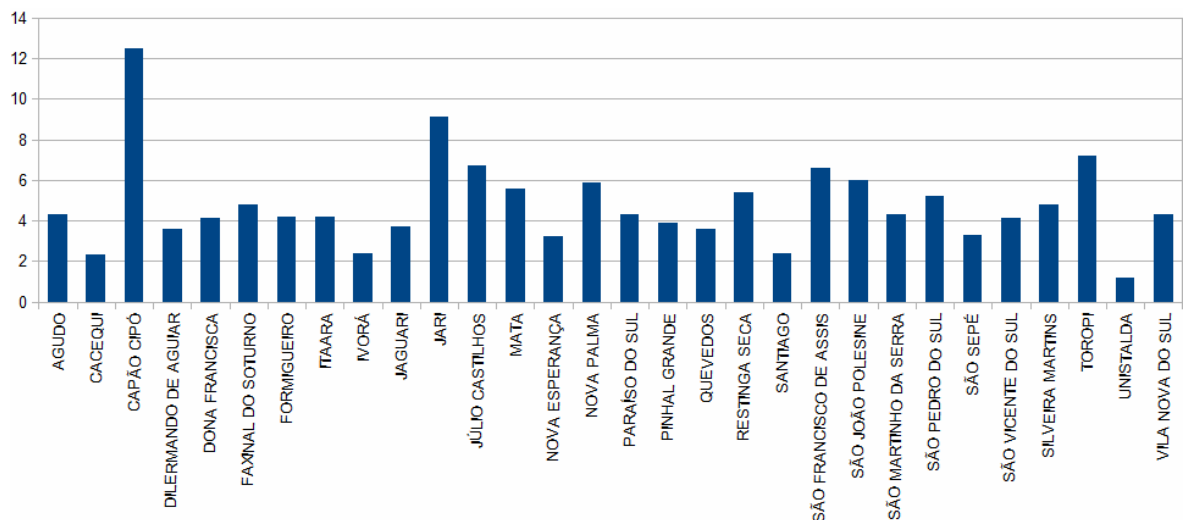


Figura 3. Absenteísmo das consultas especializadas nos municípios referenciados no HUSM. (% de absenteísmo x demanda).

Fonte: Descentralização da Regulação do acesso às consultas especializadas. Setor de Planejamento e Regulação – 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, 2013.

² Disponível em:

<http://www.husm.ufsm.br/index.php?subaction=showfull&id=1421074826&archive=&start_from=&ucat=1> Acesso em: 23 de abril de 2015.

O problema do absenteísmo nas consultas agendadas aparece em todo o serviço, mas não sendo possível atender a toda a demanda, percebeu-se a importância do enfoque no ambulatório de pediatria do HUSM, até por se tratar de pacientes crianças e adolescentes, que precisam do acompanhamento e responsabilidade de um adulto para manter um atendimento adequado de saúde. Esse fato do absenteísmo preocupa os profissionais que atuam no Hospital, por comprometer a capacidade de marcação das consultas e conseqüentemente dificultar o acesso contribuindo para o aumento da espera dos usuários que aguardam por atendimento.

Dessa forma o projeto de intervenção realizado no estágio objetivou contribuir para a diminuição do índice de absenteísmo das consultas, orientando pais ou responsáveis pelos pacientes da pediatria, tendo como foco esclarecer a importância de comparecer ao dia e hora marcados, bem como sugerir que esses pacientes entrem em contato com setor de marcação em data anterior a consulta no caso de desistência ou impossibilidade de comparecer. Além disso, contribuindo para a diminuição da ocorrência de faltas e esclarecendo sobre o compromisso por parte dos envolvidos para que seja garantido à criança o direito de um atendimento de qualidade.

Além disso, buscou-se através do projeto contribuir com os demais profissionais que atuam no atendimento dos pacientes do ambulatório do HUSM, de forma que depois de identificadas as causas das faltas, possam elaborar estratégias de planejamento e ação dando continuidade ao trabalho desenvolvido durante a execução do projeto.

O desenvolvimento das atividades do projeto com os usuários teve início no final do mês de abril, devido à falta de sala para realização dos atendimentos, sendo utilizado um espaço no final do corredor do ambulatório de pediatria apenas com uma mesa e cadeiras. No local foi utilizado como divisória um biombo emprestado pela equipe da enfermagem, para dar mais privacidade aos usuários atendidos.

O espaço para atendimento foi improvisado, mas pelo fato de ser retirado, no final do corredor, onde não há circulação do público, não prejudicou o sigilo das informações. Por outro lado, na falta de sala, esse espaço era utilizado como apoio pelos profissionais que atuam no serviço, fazendo com que em determinados

momentos fosse necessário ceder o espaço por alguns instantes para os médicos residentes finalizarem seu atendimento ao paciente.

Para o desenvolvimento da metodologia do projeto de intervenção foi elaborado pela estagiária e assistente social uma ficha socioeconômica e um bilhete informativo³, sendo que a ficha foi utilizada no momento do atendimento dos usuários para registro das informações pessoais, da composição familiar e demais observações e demandas percebidas no momento da entrevista; o bilhete como forma de lembrete para anotação da data e horário da próxima consulta (se houver), contendo o número de telefone do ambulatório de pediatria, para que os pacientes entrem em contato no caso de desistência ou impossibilidade comparecer na data marcada.

O projeto foi realizado com usuários/pacientes em atendimento na pediatria geral e a abordagem se deu através dos nomes listados na ficha de consultas que os profissionais da pediatria atenderiam no dia. Assim os pais ou responsáveis pelo usuário eram então convidados a passar no espaço reservado para o Serviço Social para fins de orientação, sendo chamados individualmente conforme a disponibilidade, antes ou depois da consulta.

Os primeiros atendimentos foram feitos juntamente com a Assistente Social, e ao longo do processo foram sendo realizados pela estagiária, sendo solicitada a ajuda da assistente social nos casos mais relevantes, em que os usuários precisavam de encaminhamentos ou orientações mais pontuais.

Dentre os instrumentais técnico-operativos utilizados estão: a observação, escuta e a entrevista, que no trabalho do assistente social possibilita a tomada de consciência das relações e interações que se estabelecem na realidade dos sujeitos (LEWGOY; SILVEIRA, 2007). Desse modo auxiliando para percepção e entendimento das demandas e necessidades dos usuários.

Conforme Sousa (2008) o conhecimento e apropriação dos instrumentos permite que os profissionais desenvolvam sua ação, dando respostas tanto às demandas institucionais quanto a população usuária, para o alcance dos objetivos estabelecidos pelo próprio profissional e pela dinâmica da realidade social.

No decorrer desse processo foram realizadas quinze intervenções para aplicação do projeto, duas vezes na semana, tendo um total 84 atendimentos (em

³ O modelo da ficha socioeconômica e o bilhete informativo encontram-se nos apêndices A e B.

média seis por dia), onde foram feitas diversas orientações aos usuários, pais ou responsáveis pelos pacientes da pediatria, sendo estas sobre benefícios como do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC), orientações sobre viabilização de transporte, viabilização de documentos, aquisição de medicamentos gratuitos, entre outras.

Sobre o perfil destes usuários/pacientes atendidos, 45 residem no município de Santa Maria e 39 são moradores de outros municípios da região, tendo um número elevado de famílias com renda familiar de um salário mínimo, sendo que trinta usuários declararam que possuem essa renda. Para os demais a renda variou entre dois salários mínimos ou mais, chegando(em dois casos) até seis salários mínimos.

Das famílias atendidas o número de pessoas por domicílio variou entre 2 a 10 pessoas sendo que a maioria destas é composta por quatro pessoas. Com relação aos benefícios, 33 são beneficiários do Programa Bolsa Família, 07 do BPC e 08 têm auxílio doença.

Como meio de transporte utilizado para o deslocamento até as consultas, constata-se que 37 fizeram uso de ônibus coletivo, 35 utilizaram o transporte da Prefeitura/Secretaria de Saúde do seu município e 16 usuários relataram que se deslocaram com transporte particular.

Nos atendimentos foi enfatizada a importância de não faltar às consultas orientando para que os usuários entrem em contato com o setor da pediatria no caso da impossibilidade de comparecer ao atendimento. Nos casos em que os usuários relataram a ocorrência de faltas foi questionado o motivo destes não terem comparecido.

No decorrer da execução do projeto foram colhidas informações dos usuários, bem como os relatos destes a respeito do absenteísmo nas consultas, sendo que do total de 84 usuários atendidos, 53 relataram que não faltaram às consultas e 31 afirmaram que faltaram por motivos variados.

O quadro a seguir especifica as causas das faltas relatadas, bem como o número de usuários que deram sua justificativa, respectivamente:

Motivos relatados	Número de usuários
Doença (do próprio usuário/	10

acompanhante ou familiar)	
Falta de transporte/passagem	7
Esquecimento da consulta	4
Indisponibilidade para acompanhar o paciente	2
Coincidência de datas com outra consulta	2
Não sabia da consulta	2
Não declarou motivo	4
Total de faltantes	31

Figura 4. Causas do absenteísmo relatadas pelos usuários.

Fonte: Moura, E, C, O de. Relatório Final de Estágio II. Curso de Serviço Social, UFSM, 2015, p.14.

Pode-se perceber que se destacou o motivo de adoecimento que neste caso, segundo relatado, era de algum familiar ou do usuário entrevistado acompanhante do paciente, ou até mesmo do próprio paciente da pediatria. Como os pacientes em questão são crianças, dependem de acompanhamento de um adulto o que resulta na falta quando estes não podem leva-los para o atendimento.

Ainda há o fato de que alguns usuários faltaram à consulta, por ter coincidido com a data ou horário marcados em outro município, nesse caso pacientes que têm acompanhamento de mais de um serviço de saúde.

Já na questão do problema com transporte, predomina nos casos de pacientes que residem em Santa Maria e não dispunham de condições de pagar a passagem, além dos casos de outros municípios em que o empecilho é o fato de que o transporte da Secretaria de Saúde dos municípios, na maioria das vezes vem de madrugada para trazer os pacientes, pois as consultas acontecem em diferentes turnos. No entanto como muitos têm consulta somente pela parte da tarde e precisam de disponibilidade para aguardar o durante todo o dia seu atendimento.

Também aparece como um dos motivos das faltas o esquecimento da consulta, que na maioria das vezes foi justificado pelos usuários pelo espaço de tempo entre uma e outra consulta, pois alguns são agendados para retornar meses depois.

Para fins de registro, ao final de cada dia de atendimento do Projeto foi feita, juntamente com a Assistente Social, a evolução no prontuário dos usuários/pacientes, registrando o atendimento, encaminhamentos (quando realizados) e demais informações pertinentes aos resultados do processo. Essa atualização do prontuário pode ser feita de forma manual, ou eletrônica através do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU)⁴, onde são registrados no prontuário eletrônico todos os procedimentos e acompanhamentos realizados com os pacientes. Logo após, essas atualizações são impressas, assinadas pela assistente social e estagiária e, anexadas ao prontuário do paciente que é de uso dos profissionais para acompanhamento dos mesmos.

Conforme exposto acima, pelos dados obtidos a maioria dos usuários atendidos relatou não ter faltado às consultas, entretanto apesar do número de faltantes ser menor que o número dos que comparecem regularmente, esse fato tem se mostrado relevante na medida em que atrapalha o andamento do serviço, contribuindo para a demora dos atendimentos dos que aguardam por procedimentos na instituição.

Durante e ao final da execução do projeto é necessário se fazer a avaliação do processo através de observação, análise da participação e aderência dos usuários ao que lhes foi proposto. Nesse sentido uma dificuldade encontrada foi pelo fato dos usuários atendidos terem seu retorno marcado apenas para o próximo semestre do ano, não havendo possibilidade de avaliar a efetividade da orientação, já que não haverá como verificar dentro do período do estágio se estes faltarão ou não às próximas consultas agendadas no ambulatório.

No entanto foi adotada nos últimos dias da execução do projeto, a estratégia de perguntar aos usuários no final dos atendimentos sua opinião sobre a importância do atendimento e orientação realizados. Também foi elaborada uma pergunta⁵ objetiva com alternativas e com um espaço para sugestão, a qual poderia ser respondida sem identificação e colocada em uma caixa. Isso, com o intuito de saber a opinião sem constranger o usuário, contribuindo para a veracidade da avaliação.

⁴ AGHU- é um projeto do Ministério da Educação que objetiva padronizar práticas assistenciais e administrativas para aprimoramento dos processos de atendimento, trazendo o prontuário eletrônico e todos os benefícios a ele relacionados. Disponível em < <http://www.husm.ufsm.br/aghu/>>. Acesso em 23 de junho de 2015.

⁵ Modelo da pergunta, consta no apêndice C.

Todas as respostas dos usuários a respeito do desenvolvimento projeto foram positivas, onde alguns deles salientavam que sabiam da importância de não faltar às consultas. Nenhum deles deixou sugestão, mas muitos afirmaram que se sentiam contemplados neste atendimento do Serviço Social, devido à oportunidade de serem ouvidas suas necessidades e em muitos casos, sanadas outras dúvidas e demandas.

Também os profissionais da medicina que vivenciam esse problema do absenteísmo no seu cotidiano, salientam que gostariam que esse projeto tivesse continuidade, pela importância do atendimento e orientação para que diminua a ocorrência de faltas. Nesse sentido foi elaborado um breve relatório para registrar os resultados obtidos como forma de uma devolutiva⁶ para a instituição e profissionais envolvidos, constando o perfil dos usuários atendidos, bem como os motivos das faltas identificados durante os atendimentos.

3.2 Reflexão, limites e possibilidades da ação

Nesse processo de desenvolvimento do projeto de intervenção apesar do curto período para observação, conhecimento da instituição, elaboração e implementação da proposta de intervenção, foi possível vivenciar a experiência em um campo diferente, na área da saúde, aproximando-se da realidade dessa política na prática e das demandas que se colocam para o Serviço Social nesse espaço.

Assim pode-se perceber que essa aproximação com a realidade dos usuários, possibilita a identificação dos problemas que permeiam o acesso aos serviços de saúde no que diz respeito ao absenteísmo nas consultas. Além disso, contribui para resolução de muitas outras demandas que são percebidas ao longo do processo, já que há uma maior aproximação com o usuário e, diferentemente do que acontece no cotidiano da instituição em que as demandas levam o usuário até o Serviço Social, neste caso o Serviço Social buscou o contato com os usuários.

Cabe salientar que ao aprofundar a questão, na busca por causas ou motivos do absenteísmo, está se considerando a percepção do usuário sobre o serviço. Tal estratégia auxiliou na compreensão de que algumas mudanças poderiam trazer benefícios na redução do absenteísmo, como a organização do sistema

⁶ A devolutiva encontra-se no apêndice D.

considerando a disponibilidade do usuário, para comparecer na data marcada e demais dificuldades de acesso.

Quando nos deparamos com a realidade dos usuários, percebemos que a questão social, objeto de trabalho do assistente social, está imbricada nos processos de exclusão e desigualdades de nossa sociedade. Nesse aspecto a experiência proporcionada na execução do Projeto de Intervenção, demonstrou que muitas das demandas identificadas, e dificuldades de acesso dos usuários, têm relação com a situação de vulnerabilidade a que se encontram.

Sobre essa questão do acesso, Donabedian (1988) apud Mendes et al (2012), define a acessibilidade aos serviços nas dimensões sócio organizacional e geográfica, em que a primeira refere-se a aspectos do funcionamento dos serviços que pode interferir na relação destes com os usuários, facilitando ou dificultando o atendimento, como por exemplo, o tempo de espera para a consulta. Já a segunda refere-se ao tempo de locomoção, à distância do deslocamento e o tempo disponibilizado no total, e custos com transporte.

Nesse aspecto seria importante que a gestão, tanto da instituição como a Secretaria de Saúde, pensassem estratégias para organizar, dentro das possibilidades, o sistema de marcação de consultas, de forma que os horários das consultas dos usuários de outros municípios fossem marcados no mesmo turno, para facilitar seu acesso ao serviço de saúde. Além disso, ações de avaliação da capacidade, organização, reestruturação dos atendimentos da atenção básica em saúde, poderiam amenizar o processo de encaminhamentos às consultas especializadas, contribuindo para diminuir a demanda reprimida.

A respeito da execução do projeto, dentro os limites dessa intervenção, destaca-se o fato dos agendamentos das consultas terem intervalos espaçados, permitindo um único contato com os usuários, não sendo possível observar se faltariam novamente às consultas.

Quanto à proposta de avaliação (através da pergunta e sugestões), admite-se que poderia ter sido realizada não somente ao final do processo, mas desde o início dos atendimentos do projeto, para saber a opinião de cada usuário atendido. No entanto isso só foi percebido ao final da execução, ao constatar que os usuários atendidos não retornariam em tempo hábil para compor a avaliação. Entretanto, esse é um processo de aprendizado, e conforme vão surgindo as dificuldades vão

se percebendo formas de melhorar o atendimento e a atuação, para dar efetividade e alcançar todos objetivos propostos.

Pode-se avaliar que a proposta do projeto teve seu objetivo alcançado na medida em que foi trabalhada a participação desses usuários, que diante das orientações sobre seus direitos, também ficam a par da sua parcela de responsabilidade e da importância de sua colaboração para a qualidade e eficiência do seu atendimento, bem como para o bom andamento do atendimento prestado aos demais usuários do serviço de saúde.

Fica pendente a necessidade de ações por parte da gestão e secretaria de forma que seja adequada e organizada a marcação das consultas em horários que facilitem o acesso dos usuários dos municípios vizinhos, para que não se exija do paciente/usuário a disponibilidade de um dia inteiro para receber atendimento e retornar para sua residência, sendo este um dos motivos das faltas identificado no projeto.

Portanto, tem-se que os resultados do projeto são positivos no sentido de que a orientação dada aos usuários foi válida, quando estes tiveram suas dúvidas sanadas, através dos atendimentos, encaminhamentos e orientações, fazendo a aproximação da realidade destes indivíduos e famílias e contribuindo com o serviço de saúde para identificação dos motivos do absenteísmo, o que possibilitará aos profissionais novas formas de enfrentamento dessa questão, podendo trazer benefícios e efetividade para o atendimento dos usuários.

Essas experiências vivenciadas no processo de estágio acrescentam muito à formação profissional. O que num primeiro momento pode causar estranheza ao longo do processo torna-se uma experiência enriquecedora, na questão da aproximação com a realidade dos usuários, do cotidiano de trabalho dos profissionais da área da saúde, especialmente do assistente social e, do funcionamento da instituição.

Esse processo proporcionou a interação com profissionais do Serviço Social e de outras áreas, bem como a aproximação dos usuários, observando e apreendendo as demandas da realidade social apresentada nesse campo, aprofundando o conhecimento da área da saúde, sendo uma experiência prática que ampliou os horizontes para a futura atuação como profissional do Serviço Social.

CONCLUSÃO

Muitas mudanças ocorreram no percurso histórico da saúde no Brasil, estas determinadas por lutas de vários setores, trabalhadores, movimentos sociais e sociedade, que representaram avanços significativos na consolidação de propostas de melhorias no âmbito da saúde.

Entendendo a importância desses avanços e levando em conta os retrocessos e limites das ações, percebe-se que é constante o movimento de luta por melhorias e efetivação das propostas de integralidade, universalização e equidade dos serviços de saúde.

O Serviço Social como profissão tem fundamental importância na garantia de direitos dos cidadãos, sendo que na área da saúde, assim como nas demais áreas, o assistente social tem um papel fundamental que vai além do trabalho direto com o usuário, envolvendo a participação e protagonismo na formulação de estratégias de enfrentamento dos problemas que envolvem os direitos dos usuários.

O final do período vivenciado reafirma que esse processo de aprendizado é constante, pois o profissional de Serviço Social é desafiado a pensar estratégias para enfrentamento das dificuldades no serviço e entraves no cotidiano institucional. Desse modo o conhecimento, aprimoramento e qualificação contínua dão o suporte necessário ao profissional na luta para uma atuação coerente com o projeto ético político da profissão.

Na realização do projeto de intervenção ao buscar as causas do absenteísmo foi possível perceber a perspectiva do usuário e observar alguns aspectos que se destacaram, como a organização do cotidiano e disponibilidade destes para estarem presentes no dia e hora marcados.

A aproximação desses sujeitos mostrou importante para compreendermos as suas faltas, mas ainda há muito a ser desvendado, no que tange à visão tanto do profissional de saúde sobre o usuário, como do usuário sobre o serviço e, como se dá a comunicação entre ambos.

Entendendo que a intervenção realizada não tem um fim, mas sim que esse processo desafia a todos os envolvidos, especialmente os profissionais que atuam na instituição a dar continuidade às ações, na busca de melhorias para o atendimento da população.

Assim, algumas mudanças no serviço podem ser fundamentais para reduzir o absenteísmo, tais como a ampliação das formas de comunicação da população com a unidade, ouvindo o usuário e marcando em horário conveniente para ele, entendendo seu cotidiano, inclusive o que precisa organizar para comparecer à consulta. Dessa forma, percebemos a importância de conhecer a percepção do usuário e observar os seus aspectos, entendendo que o atendimento de saúde configura um direito a ser garantido.

O Serviço Social reafirma a importância do seu papel na área da saúde, para entendimento dos processos que envolvem os usuários, atuando de forma coerente com as proposições que regulamentam e norteiam a profissão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

BRASIL. **Decreto nº 7.082**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF. 27 de janeiro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos**. Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Lei nº 12.550**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 15 de dezembro de 2011.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2004.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007 .

BRAVO, M. I. S. (Org.) et al. **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CAVALCANTI, R. P., et al. **Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família**, João Pessoa – PB, Brasil. Rev. Tempus Actas em Saúde Col. Vol 7, n. 2, 2013.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do Assistente Social**. (3ª edição revista e atualizada). Brasília, 1997.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Social na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Social na Saúde**. Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, novembro, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Coleção para entender a Gestão do SUS. Brasília, 2011.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de La Salud: Aspectos fundamentales de La organización de La atención médica**. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1988.

EBSERH. **Regimento do Conselho Representativo Multiprofissional**. Santa Maria, julho, 2015.

GUERRA, Y., et al. **Elementos para o debate contemporâneo da “Questão Social”**: importância de seus fundamentos. R. Pol. públ., v. 11, n. 2, p. 237-255, 2007.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários**. Implantação AGHU. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/agh/>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

_____. **Atendimento ambulatorial do HUSM aumenta 30%**. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/index.php?subaction=showfull&id=1421074826&archive=&start_from=&ucat=1>. Acesso em: 23 abr. 2015.

_____. **Histórico Husm**. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>>. Acesso em: 10 jun 2015.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3ª edi. São Paulo. Cortez, 2000.

JANCZURA, R. **A questão social: uma breve sistematização à guisa da evolução do debate**. p. 211- 244 In: Reis, Carlos Nelson dos. O sopro do Minuano: transformações societárias e políticas sociais- um debate acadêmico. Porto Alegre: PUCRS, 2007.

LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. M. C. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social**. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 233-251. jul./dez. 2007.

MARTINELLI, M. L. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares**: desafios cotidianos. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MENDES, A.C.G., et al. **Acessibilidade aos serviços básicos de saúde**: um caminho ainda a percorrer. Artigo: Ciência e Saúde Coletiva, 2012.

MOURA, E. C. O. de. **Relatório Final de Estágio II**. Curso de Serviço Social, UFSM, 2015, p.14.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS**: um estudo em um município baiano. Mestrado. Universidade Federal da Bahia - UFBA - Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Vitória da Conquista, BA, 2008.

SANTOS, M. A. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos**. R. Katál., Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, julho/dezembro, 2013.

SODRÉ, F. **Serviço Social e o campo da saúde:** para além de plantões e encaminhamentos. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

SOLLA, J.; CHIORO, A. **Atenção ambulatorial especializada.** In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. de V. C.; Noronha, J. C. de; Carvalho, A. I. de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p. 627-663.

SOUSA, C. T. de. **A prática do assistente social:** conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

50% dos atendimentos via SUS deixam de ser feitos no Husm. **Diário de Santa Maria.** Santa Maria, 08 de set. 2015. Notícias. Disponível em: <<http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/geral-policia/noticia/2015/09/50-dos-atendimentos-via-sus-deixam-de-ser-feitos-no-husm-4843212.html>>. Acesso em: 21set. 2015.

4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE. **Reunião de regulação do NRPR-CIR.** Disponível em: <<http://4crs.blogspot.com.br/2013/12/evento-na-unifra-do-nrpr-cir.html>>. Acesso em: 09 out.2015.

APÊNDICES

Apêndice A- Modelo da ficha socioeconômica:

Serviço Social – Ambulatório – HUSM

Ambulatório _____ SAME: _____
 Nome: _____ Data de nasc: ___/___/___
 Responsável familiar: _____ Parentesco: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Ponto de referência: _____ Município: _____
 Telefones de contato: () _____ / () _____ / () _____
 RG: _____ CPF: _____ Cartão do SUS: _____

Identificação familiar:

Nome	Parentesco	Data de nasc.	Escolaridade/profissão	Renda R\$

- Recebe algum benefício:

BPC () sim () não Bolsa Família () sim - valor R\$ _____ () não
 Auxílio doença () sim R\$ _____ () não Algum outro auxílio de
 renda: _____

- Como realizam o deslocamento para as consultas:

() transporte particular () transporte coletivo () transporte da prefeitura
 () outro _____

- Quando ocorrem faltas, quais os motivos? _____

Evolução/orientações/encaminhamentos:

Apêndice B- Modelo bilhete informativo:

Sua próxima consulta será no dia
_____/_____/2015
às _____ horas, caso não possa
comparecer entre em contato pelo
telefone (55) 3220-8536.

HUSM/Pedi/Serviço Social

Apêndice C- Modelo da questão para avaliação:

Você acha importante esse atendimento e
orientação do Serviço Social?

() sim () não

Sugestões: _____

Apêndice D- Devolutiva para o setor da Pediatria do HUSM:

**DEVOLUTIVA DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SERVIÇO
SOCIAL NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA DO HUSM**

No período compreendido entre os dias 30 de abril de 2015 e 24 de junho de 2015, foram realizados um total de oitenta e quatro (84) atendimentos com os usuários, pais ou responsáveis pelos pacientes em consulta no ambulatório de pediatria. Nesses atendimentos foram feitas orientações sobre a importância do comparecimento destes às consultas, traçando o perfil desses usuários e no caso de ocorrências de faltas, identificando os motivos destas.

PERFIL DOS USUÁRIOS:

Total de pacientes atendidos: 84

Sexo feminino: 37

Sexo masculino: 47

Responsável familiar que acompanhou o paciente:

Mãe: 76

Avó: 2

Próprio usuário: 3

Outros: 3

Município de origem:

Santa Maria: 45

Outros municípios: 39

Número de pessoas por domicílio:

Número de pessoas	Número de domicílios
2	4
3	19
4	31
5	19
6	8
7	2
8	1
10	1

Renda familiar:

Até um (1) salário mínimo: 30 famílias

Até dois (2) salários mínimos: 25 famílias

Até três (3) salários mínimos: 18 famílias

Até quatro (4) salários mínimos: 5 famílias

Até cinco (5) salários mínimos: 1 família

Até seis (6) salários mínimos: 2 famílias

Renda não declarada: 3

Benefícios:

Programa Bolsa Família: 33

Benefício de Prestação Continuada- BPC: 7

Auxílio Doença: 8

Meio de transporte utilizado para descolamento até as consultas:

Ônibus coletivo: 37

Prefeitura/ Secretaria de Saúde: 35

Particular: 16

Absenteísmo (faltas) nas consultas:

Não tem ocorrência de faltas: 53 Tem ocorrência de faltas: 31

- Motivo de doença: 10
- Falta de transporte/passagem: 7
- Esquecimento da consulta: 4
- Indisponibilidade para acompanhar o paciente: 2
- Coincidência de datas com outra consulta: 2
- Não sabia da consulta: 2
- Não declarou motivo: 4