

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

Raniele Machado Milford da Silva

**SAÚDE E ENVELHECIMENTO: O SERVIÇO SOCIAL FRENTE O
ACESSO DOS IDOSOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE POR MEIO
DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA
MARIA**

**Santa Maria, RS
2015**

Raniele Machado Milford da Silva

**SAÚDE E ENVELHECIMENTO: O SERVIÇO SOCIAL FRENTE O ACESSO DOS
IDOSOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE POR MEIO DO PRONTO SOCORRO
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM, RS) como requisito parcial para
obtenção do grau de **Bacharel em
Serviço Social**.

Orientadora: Profª Drª Sheila Kocourek

**Santa Maria, RS
2015**

Raniele Machado Milford da Silva

**SAÚDE E ENVELHECIMENTO: O SERVIÇO SOCIAL FRENTE O ACESSO DOS
IDOSOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE POR MEIO DO PRONTO SOCORRO
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM, RS) como requisito parcial para
obtenção do grau de **Bacharel em
Serviço Social**.

Aprovado em 02 de Dezembro de 2015:

**Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)**

Jairo da Luz Oliveira, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Rosélia de Fátima Machado de Godoy.
Mãe, tornei-me um adulto, se tenho sentimentos perfeitos dentro do meu ser, é exatamente porque tive um ser maravilhoso próximo de mim. Mãe, não se lamente pela maturidade, ela é sinônimo de conhecimento, de confiança.
Se conheço bem o que é o amor, o sinônimo dele é um ser chamado mãe.
(autor desconhecido).

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, Rosélia de Godoy, minha heroína, minha amiga, meu apoio, a base para que eu me transformasse na pessoa que sou hoje.

Ao meu irmão, Róger Milford, presente que pedi a vida, por compartilhar da mesma casa, da mesma educação, por crescermos juntos, vivermos juntos, sabendo que ninguém nos conhece melhor do que nós mesmos.

À minha amiga, Anielle Pimentel, por termos opiniões e modos distintos de encarar a vida. São estas ocasiões tão raras diante do universo de concordâncias que nos une.

Ao meu pai, Ivã Milford, pelas experiências compartilhadas e pelo amadurecimento durante as várias fases e percursos de nossas vidas, que apesar dos pesares, estarei para dar minha força e o levantar caso seja preciso.

Aos meus amigos, Graciele Matos, Jaqueline Pena, Nicolle Appel e Rafael Almeida, por fazerem parte desse momento da minha vida, colegas de trabalhos acadêmicos, de vivências pessoais, como de toda a (des)construção para chegarmos até a tão almejada formatura.

Aos demais colegas não citados acima, pelas inquietações coletivas, que de todas as formas possíveis, contribuíram para a minha formação. Que as experiências compartilhadas no percurso até aqui sejam a alavanca para alcançarmos a alegria de chegar ao destino projetado.

Ao Muriel Anselmo, por ter contribuído e acrescentado na minha formação e na constante caminhada como assistente social. Sendo meu primeiro supervisor de campo de estágio, parableno-o pelo seu trabalho e aos demais assistentes sociais e estagiários do Serviço Social do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de álcool e outras drogas (ad) II – “Caminhos do Sol”. Neste serviço, sei o quanto foi e será trabalhado o suporte social, a autonomia do usuário, a garantia de direitos e a estimulação de sua integração social e familiar. Realizar o meu Estágio Supervisionado Obrigatório I em Serviço Social, na Saúde Mental, em um CAPS ad II, foi uma experiência inesquecível. Trabalhar com a democratização do acesso em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) e implementar a reforma psiquiátrica permanece um desafio para todos nós que trabalhamos com um enfoque multiprofissional nessas redes de atenção.

À Camile Alves, minha supervisora acadêmica e ao André Almeida, meu

segundo supervisor de campo de estágio. Registro minha enorme satisfação e gratidão por ter estagiado em uma instituição pública tendo em vista a saúde como direito de todos e em desmistificar o entendimento de alguns usuários que o atendimento humanizado é um favor. Ambos competentes, que propõem e negociam com as instituições seus projetos, defendendo os seus campos de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais.

À Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), pela formação e acesso ao nível superior público.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para que a minha formação em Bacharel em Serviço Social tenha sido realizada com sucesso, fico grato, de coração.

O tempo muito nos ensinou. Ensinou a amar a vida, não desistir da luta, recomeçar na derrota, renunciar as palavras e pensamentos negativos, enfim, acreditar nos valores humanos.

(Cora Coralina)

RESUMO

SAÚDE E ENVELHECIMENTO: O SERVIÇO SOCIAL FRENTE O ACESSO DOS IDOSOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE POR MEIO DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

AUTOR: Raniele Machado Milford da Silva
ORIENTADORA: Profa. Dr^a. Sheila Kocourek

Este trabalho é resultado da experiência de estágio supervisionado obrigatório II em Serviço Social, realizado na Unidade de Pronto Socorro adulto do Hospital Universitário de Santa Maria. Durante o estágio, que compreendeu o período de março/2015 e junho/2015, procurou-se apreender, observar e intervir com direcionamento na prática profissional do Serviço Social na saúde, em contexto hospitalar, no cenário das urgências e emergências, com os idosos que acessam o Sistema Único de Saúde por meio da Unidade de Pronto Socorro adulto do Hospital Universitário de Santa Maria, identificando determinado perfil. As políticas sociais públicas resultaram em maior qualidade de vida, reflexo no envelhecimento populacional brasileiro, em contraponto, o país constata mentores taxas de natalidade e fecundidade, o que desafia a permanência de qualidade de vida para esta população que futuramente representará maior proporção. A saúde é direito de todos e dever do Estado, um direito social, mas que enfrenta enormes desafios, não atendendo os preceitos da Constituição Federativa Brasileira (1988) em sua totalidade. O papel e desafio do assistente social em meio a este contexto é dar suporte aos quadros sociais dos pacientes em situação de urgência e/ou emergência que apresentam situação implicada com o seu problema de saúde, identificar as expressões da questão social incidentes e trabalhar com esta demanda no sentido em que o quadro social do paciente favoreça seu quadro clínico de saúde, sempre na perspectiva da viabilização de direitos.

Palavras-chaves: Saúde e envelhecimento. Urgência e Emergência. Sistema Único de Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT

HEALTH AND AGEING: THE SOCIAL WORK FRONT ACCESS OF THE ELDERLY TO THE HEALTH UNIC SISTEM TROUGH THE EMERGENCY ROOM UNIVERSITY HOSPITAL OF SANTA MARIA

AUTHOR: Raniele Machado Milford da Silva
ADVISOR: Profa. Dr^a. Sheila Kocourek

This work is the result of mandatory supervised internship experience in Social Work II, held at the Emergency Unit Adult University Hospital of Santa Maria. During the stage, which covered the period March / 2015 and June / 2015, we tried to learn, observe and intervene with targeting the professional practice of social work in health care in the hospital setting, the scene of the emergency care with the elderly who access the Unified Health System through adult Emergency Unit the University Hospital of Santa Maria by identifying certain profile. Government social policies have resulted in higher quality of life, reflecting the aging Brazilian population, in contrast, the country finds mentors birth rates and fertility, which challenges the life quality of stay for this population in the future will represent a higher proportion. Health is everyone's right and duty of the state, a social right, but it faces enormous challenges, not meeting the precepts of the Brazilian Federal Constitution (1988) in its entirety. The role and challenge for social assistance in the midst of this context is to support social frameworks of patients in emergency situations and / or emergencies that have implicated situation with your health problem, identify the expressions of the social question incidents and work with this demand in the sense that the patient's membership favors its clinical picture of health, always with a view to enabling rights.

Keywords: Health and ageing. Urgency and Emergency. Health Unic System. Social Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PS	Pronto Socorro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONTEXTO HISTÓRICO DA CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	15
2.1 O sistema público de saúde mediante o envelhecimento populacional	17
2.2 Mudanças de modelos de atenção à saúde	20
2.3 O idoso nos serviços de atenção às urgências e emergências	22
3 ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO II EM SERVIÇO SOCIAL	28
3.1 Unidade de Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria e seu espaço sócio ocupacional	29
3.2 O Serviço Social, a Unidade de Pronto Socorro Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria e a questão social	31
3.3 Projeto de intervenção, limites e possibilidades	32
3.4 Projeto de intervenção, avaliação, resultado e proposições.....	34
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERENCIAS	41
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DADOS SOCIAIS E BREVE RELATO DE TRAJETÓRIA APLICADO NO PROJETO DE INTERVENÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO II ATRAVÉS DO PROCESSO DE ABORDAGEM EM ENTREVISTA	44

1 INTRODUÇÃO

Vive-se, mundialmente, um momento de transição demográfica, epidemiológica e nutricional o que incide diretamente no perfil no envelhecimento populacional. A propósito o envelhecimento populacional é definido pelo aumento de pessoas acima de determinada idade (mais de 65 anos nos países desenvolvidos e mais de 60 anos nos países subdesenvolvidos) e ao mesmo tempo a redução das taxas de fecundidade e quedas nas taxas de mortalidade (AZEVEDO; GAZETTA; SALIMENE, 2003).

O envelhecimento é um processo heterogêneo, porém natural e desejável. Desencadeia uma série de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que podem ser potencializadas, negativamente, pelas condições socioeconômicas, perda do poder aquisitivo, desrespeito, isolamento e desvalorização. Desta forma muitos idosos passam a vivenciar um cerceamento da sua condição de cidadania e, portanto podem não ter a oportunidade de conhecer e por consequência acessar aos seus direitos, desencadeando em última instância um profundo processo de exclusão social.

No Brasil o envelhecimento acelerado da população traz desafios para a gestão pública brasileira, em que pese o processo de ampliação dos direitos a população idosa a partir da na Constituição Federal de 1988 e contraditoriamente a minimização do papel do Estado, desencadeando investimentos insuficientes para o desenvolvimento e manutenção de programas e projetos voltados ao idoso.

Entre os principais desafios para a gestão pública, a saúde ganha relevo. A principal sobrecarga no sistema público de saúde refere-se ao atendimento a idosos que apresentam doenças crônicas nas emergências dos hospitais, demandando uma parte significativa dos recursos do Sistema Único de Saúde.

O atendimento médico-hospitalar de caráter urgente aos idosos é mais dispendioso, contudo é ainda o mais utilizado por esta população. Isso se deve ao modelo de saúde centrado nos serviços curativos em detrimento aos de caráter preventivo levando as pessoas, seja por motivos socioculturais ou econômicos, a procurar os serviços de saúde quando já estão doentes.

Mediante este cenário, se posta como desafio ao Serviço Social atuar junto a estes idosos que buscam os serviços de pronto atendimento. A experiência de

Estágio em Serviço Social - II na Unidade de Pronto Socorro (PS) adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) está relatada neste trabalho de conclusão de curso, cumprindo um requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, o qual procura analisar questões que geram demanda que extrapolam aquelas que são típicas do setor da saúde, entretanto são elas que determinam a condição de saúde dos sujeitos.

A partir das primeiras aproximações com a realidade dos atendimentos no contexto urgência e emergência, identificou-se que o atendimento aos idosos, consiste em amenizar as refrações de más condições vivenciadas ao longo da vida, como trabalho precarizado, renda insuficiente, moradia e alimentação inadequadas, saneamento básico de má qualidade ou inexistente, entre outros fatores reconhecidos pelos assistentes sociais como expressões da questão social. Também se observou que muitos idosos não contam com familiares capazes de dar suporte e prestar o cuidado necessário a eles.

Conforme a realidade apresentada projetou-se a intervenção do estagiário no campo de estágio que, através do seu projeto de intervenção, objetivou-se reconhecer a representação destes idosos que acessam o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do PS adulto do HUSM. Identificado determinado perfil representado por vulnerabilidades sociais e, posteriormente a avaliação e resultados deste projeto de intervenção, os desafios e proposições observados e descritos, serviram de modelo incentivador para o futuro planejamento de projetos e programas no serviço destinado a esta população.

Reiterando, o presente trabalho de tem como finalidade analisar a experiência de estágio no PS adulto do HUSM, com vistas a mostrar as possibilidades e desafios para o Serviço Social na garantia do acesso aos idosos junto ao sistema público de saúde.

Deste modo, este trabalho de conclusão de curso divide-se em três capítulos: a presente introdução no capítulo I discorre sobre o tema, justificativas e objetivo; no capítulo II, uma análise conceitual sobre o contexto histórico da constituição do SUS, envelhecimento populacional, o sistema público de saúde, os modelos de atenção à saúde, serviços de atenção às urgências e emergências e o papel do Serviço Social neste cenário.

No capítulo III, serão abordados o processo de estágio supervisionado obrigatório II em Serviço Social e três eixos centrais de: Espaço sócio ocupacional;

Serviço Social, campo de estágio e a questão social e; Projeto de Intervenção, limites e possibilidades. O objetivo é apresentar o espaço do estágio, os principais processos de trabalho, principalmente as atividades exercidas pelo Serviço Social. Ao fim será abordada a proposta de intervenção no estágio, sua operacionalização, avaliação e proposições.

Por fim, serão tecidas considerações finais referentes à experiência de estágio e as reflexões geradas durante este processo.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DA CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Anos de lutas antecederam a promulgação da Constituição Cidadão de 1988. O movimento de reforma sanitária constitui-se em importante estratégia de superação da concepção de que saúde era tão somente ausência de doenças. O conceito ampliado de saúde incluiu o completo bem estar biopsicossocial e todos os sujeitos.

Para Teixeira (2008), os anos de lutas sociais são constituídos de sujeitos políticos, representados por mecanismos de reivindicações, mobilizações e de problematização de necessidades sociais. São resultantes de políticas sociais, como mecanismo de administração dos conflitos e manutenção da ordem, além disso, são etapas constitutivas de um padrão legítimo de trato às diversas expressões da questão social. Representado por um modelo hegemônico de proteção social, em que é constituído pela luta de classes e pela correlação de forças.

Com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde passa a ser um direito social, representada em seu artigo 196, de modo:

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

A partir do momento em que a Constituição brasileira de 1988 estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, torna-se de relevância pública. Entende-se não somente como o Governo Federal, mas também o Poder Público, o que abrange a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios como provedores responsáveis pela garantia do acesso à saúde coletiva através das políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituído em 1990, por um conjunto de ações e serviços de saúde por meio da gestão pública, organizado hierarquicamente por redes regionalizadas, em todo o território nacional. Não somente como promoção de direitos básicos, no contexto das políticas públicas de seguridade social, para além da Saúde, estão inseridas a Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1988).

Cabe também lembrar que, antecedentes a criação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, exemplo destas ações, estão as campanhas de vacinação. A atuação do setor público na assistência médico-hospitalar era realizada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. Destaca-se que a assistência à Saúde desenvolvida era excludente, beneficiava apenas os trabalhadores formais, segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e seus dependentes, não tendo caráter universal (SOUZA, 2002).

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198, respectivamente como:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

A Lei n. 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. Regulamentada em todo o território nacional, tal lei regimenta as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

A lei nº 8.080/90 dispõe de um conjunto de ações e serviços de saúde, constituindo o SUS, tendo como disposições gerais em seus artigos dois e três, respectivamente:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º 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.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O SUS como política pública, construída e constituída a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988, trata-se de um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e tem de superá-los (MENDES, 2011).

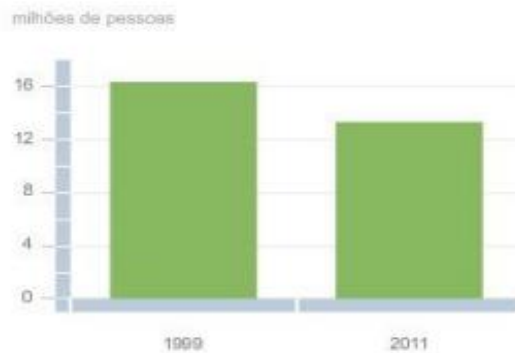
2.1 O sistema público de saúde mediante o envelhecimento populacional

No Brasil, identificamos o quanto às políticas sociais públicas, principalmente as que envolvem a saúde em seu conceito amplo, resultaram em maior qualidade de vida, reflexo no envelhecimento da população que, passou a ter maiores condições de vida. Em contraponto, o país constata menores taxas de fecundidade e natalidade, assunto que repercute e preocupa o Estado em suas relações econômicas, sociais, políticas e culturais.

Diante da realidade exposta, não somente no Brasil, mas também mundialmente, o envelhecimento populacional desafia a permanência de qualidade de vida para esta população que futuramente representará maior proporção.

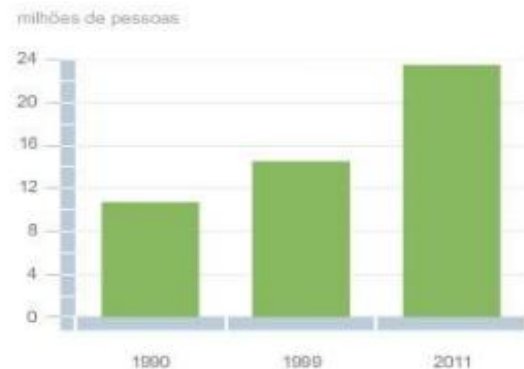
Os idosos, pessoas com mais de 60 anos, somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas. Na comparação entre 2009 (última pesquisa divulgada) e 2011, o grupo aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de pessoas. Há dois anos, eram 21,7 milhões de pessoas. Ao mesmo tempo, o número de crianças de até quatro anos no país caiu de 16,3 milhões, em 2000, para 13,3 milhões, em 2011 (BRASIL, 2015).

Crianças de até 4 anos



Fonte: Prad/IBGE. Observação: Dados de 1990 não disponíveis

Idosos com 60 anos ou mais

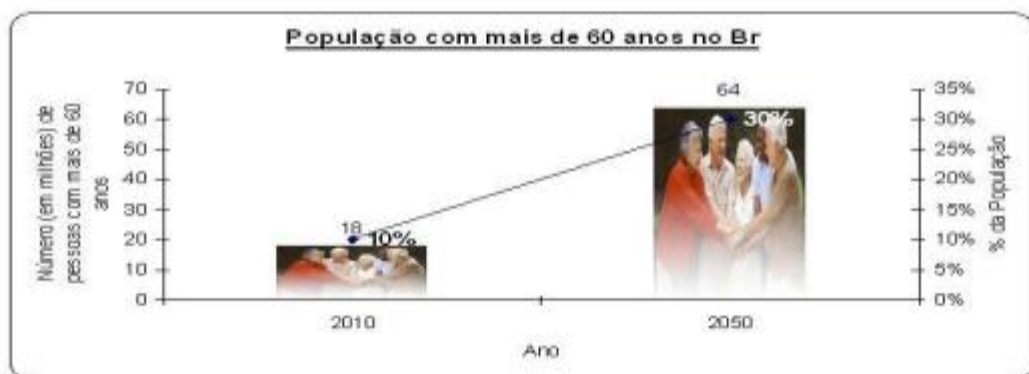


Prad/IBGE

Fonte: (BRASIL, 2015, p. 2).

A população brasileira vivencia franca transição etária, um país até então jovem voltado para jovens, começa a alterar. Este cenário está em consonância dados mundiais, no qual a expectativa de vida e o envelhecimento populacional já é realidade.

No ano de 2050 pela primeira vez existirá um maior número de idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, foi registrado um índice de 810 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Estima-se que esse número alcance 1 bilhão de idosos em menos de 10 anos, e ainda mais, que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões ou 22% da população mundial (BRASIL, 2015).



Fonte: (BRASIL, 2015, p. 1).

Sobre a saúde e o envelhecimento, o perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira está em transição, necessitando da reflexão conjunta do Estado e dos profissionais que atuam e/ou estudam na área da saúde e gerontologia social, quanto ao atual modelo de atenção à saúde. Da preocupação com as doenças

agudas, advindas da população mais jovem e adulta, com a maior qualidade de vida da população, o foco passará a ser com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), doenças de maior prevalência na velhice, que necessitam de maior utilização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, as doenças agudas, em geral, são de curso curto, podendo ser transmissíveis, como dengue e gripe, ou doenças infecciosas, como apendicite ou amigdalites, ou ainda, causas externas, como os traumas (MENDES, 2011).

Diferentemente das doenças agudas, as doenças crônicas se caracterizam por serem condições de saúde de curso longo e/ou permanente. As quais exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade (OMS, 2003).

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (2003), as doenças crônicas e/ou os transtornos mentais representam 59% do total de óbitos no mundo. Pressupõe-se que essa estimativa atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e o câncer. Ademais, as condições crônicas serão responsáveis por 78% das doenças nos países em desenvolvimento.

A consequência dos dados apresentados, em um futuro não tão distante, até 2050, sugere necessariamente uma modificação no perfil do usuário das políticas sociais públicas de saúde, uma vez que o desafio será dar qualidade de vida aos anos a mais que a população brasileira irá viver.

A qualidade de vida está diretamente relacionada ao atendimento dos determinantes ou necessidades de saúde. Esses são de diferentes ordens, tais como físico, orgânico, social, acesso a rede, entre outros. Importa destacar que ter boas condições de saúde, ter acesso a bens e serviços que prolonguem a vida, bem como manter o grau de autonomia dos sujeitos complementam a noção de qualidade de vida.

Mediante o processo de envelhecimento humano, são necessários inúmeros recursos para atendimento das múltiplas demandas desta população. Ao remeter-se a uma população com maior vulnerabilidade socioeconômica, a articulação das redes de cuidado precisa estar fortalecida, visto que, estes sujeitos vivenciam diferentes expressões da questão social, ao longo da vida.

Nesse sentido requer-se do Estado e da sociedade respostas mais complexas, dadas por meio de intervenções competentes, dentro da lógica da intersetorialidade, interinstitucionalidade e interdisciplinariedade. Por isso sugere-se a reorganização dos modelos de atenção em saúde, o qual deve salvaguardar o direito da saúde como bem público, com valor de uso e de acesso equitativo e integral.

Sabe-se também que, para o Estado em suas relações econômicas, o custo econômico das condições crônicas é enorme. Dá-se porque, no trabalho, a baixa produtividade dos usuários portadores de doenças resulta no desemprego e a sociedade em geral apresenta enorme perda de produtividade e de qualidade de vida impostas por essas condições (MENDES, 2011).

Mediante esses desafios, o processo de trabalho do assistente social é realizar sua intervenção junto as expressões da questão social, manifestadas nas mais variadas formas, vinculadas, via de regra aos determinantes ou necessidades de saúde. A categoria questão social aglutina essas determinações e constitui o eixo articulador de todas as expressões dessa problemática social do envelhecimento, que demanda formas de respostas cada vez mais complexas, por parte do Estado e da sociedade (TEIXEIRA, 2008).

Para ser eficiente e efetivo, o assistente social deve ter domínio de ferramentas que o qualifiquem a pensar sua prática, analisar a realidade na qual se insere, propor alternativas, afirmando a competência profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas mediações macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas (IAMAMOTO, 2001, p. 49).

2.2 Mudanças de modelos de atenção à saúde

Para traduzir o atendimento integral das demandas em saúde de uma população que muda seu perfil rapidamente, urge reorganizar os modelos de organização, gestão e assistência da saúde.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população e, como tal, devem trabalhar coerentes com a situação de saúde dos usuários. A situação de saúde no Brasil vem sendo

modificada e, hoje, caracteriza-se por uma transição demográfica acelerada e refletida por uma situação de tripla carga de doenças: infecciosas e carenciais, doenças por causas externas e condições crônicas (MENDES, 2011).

Conforme Mendes (2011), o modelo de atenção à saúde, representa um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de maneira singular, as relações entre os integrantes da rede e as intervenções sanitárias. Os quais são definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e sociedade.

Sobre a hierarquização e regionalização no SUS, os serviços de saúde são divididos em três níveis de atenção à saúde: a atenção primária, média complexidade e alta complexidade. Via de regra, a atenção primária deve ser oferecida diretamente à população, enquanto a média e alta complexidade, devem ser acessados apenas quando referenciados ou avaliados necessário.

Quanto melhor for a estrutura da referência e contrarreferência entre os serviços de atenção à saúde, melhor será sua eficiência e eficácia. Cada serviço de saúde destina uma área de abrangência, por territorialidade, conforme o serviço mais próximo do território do usuário. Os serviços de alta complexidade representam menores números por este motivo sua área de abrangência é mais ampla.

Voltada para responder de forma regionalizada, continua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, a atenção primária, também chamada de atenção básica, trabalha com a promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos dos usuários. Estes atendimentos são prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), por territorialidade.

A Atenção Básica (AB) constitui-se em um conjunto de ações que dão sustentação prática ao conceito de Vigilância em Saúde, referencial que articula conhecimentos e técnicas oriundos dos determinantes sociais e da epidemiologia que, no planejamento em saúde, redefine as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir o cuidado integral (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Na AB, modelo de atenção primária à saúde e ordenador do SUS, relacionando esta, com o novo perfil demográfico e epidemiológico, prevê-se que, a UBS, ESF e demais redes e recursos utilizados pelos idosos, precisarão dar maior

suporte para reinterpretar as ações em saúde mediante demandas de cuidados cada vez mais intrincados.

A média complexidade dá-se por procedimentos ambulatoriais com serviços de apoio tecnológico, terapêutico e de profissionais especializados. As ações de média complexidade são atendidas em ambulatórios, CAPS, entre outros. Já na alta complexidade, são procedimentos que necessitam de alta tecnologia e envolvem alto custo. As ações de alta complexidade geralmente são prestadas por hospitais.

Todos os três níveis de atenção à saúde do SUS (atenção primária, média complexidade e alta complexidade), com seus serviços, devem trabalhar em rede, o que muitas vezes não acontece, acarretando na superlotação de hospitais com a problemática de competência da atenção primária e média complexidade.

Com as novas necessidades explícitas pela transição do perfil demográfico e epidemiológico, a população idosa dependerá de um novo perfil de modelo de atenção à saúde, com ênfase na promoção, saúde preventiva, reabilitação e cuidados paliativos. Este tem sido o esforço das diferentes esferas da gestão da política pública em saúde. Ainda o modelo centrado da relação saúde/doença (modelo tradicional) prevalece, contudo há uma tendência de superação e reorganização dos processos de trabalho, bem como da organização dos serviços na ótica da consolidação do SUS.

Conclui-se que, acesso público a saúde existe através do SUS, é um direito fundamental. Resta-nos problematizar este sistema de 1990, um modelo antigo, fragmentado, de 25 anos, voltado para o enfrentamento das condições agudas, que ainda não foi repensado para a contemporaneidade, para este novo perfil, de atenção e suporte aos idosos. Caso contrário, este sistema será tencionado pela assistência já prestada, que não dando mais conta, refletirá na gestão pública, em repensar, superar e mudar radicalmente o modelo atual do SUS que, futuramente não atenderá os preceitos em sua totalidade.

2.3 O idoso nos serviços de atenção às urgências e emergências

Estudos nacionais e internacionais acerca do perfil dos usuários de serviços de emergência têm identificado que a proporção de idosos que utilizam estes

serviços varia de 12 a 29% e que o número de usuários deste grupo etário vem aumentando. As possibilidades de procurar atendimentos sem caráter de urgência são maiores para aqueles usuários que não são referenciados pela AB e que são portadores de doenças crônicas (SERBIM, 2013).

Identificar as redes e os recursos utilizados pelos idosos como apoio deve ser uma das principais ações utilizadas por qualquer nível de atenção à saúde, a fim de planejar linhas de cuidados que possam favorecer o bem-estar destes usuários e daqueles que respondem por eles.

Os principais direitos previstos na legislação brasileira, específicos à temática da saúde do idoso no sistema público de saúde, encontram-se no Estatuto do Idoso. Considerando o idoso com idade igual ou superior a 60 anos de idade, a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Transpondo para os serviços de urgência e emergência, fica evidente no artigo 3º, inciso VIII, a prioridade de atendimento nestes serviços.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.
VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais (BRASIL, 2003a).

Esmiuçando seu artigo 15, no parágrafo 1º, sobre a atenção especializada, o SUS, deve disponibilizar ao idoso a atenção integral à saúde, com a garantia do acesso universal e igualitário aos serviços para promoção, prevenção, proteção e recuperação a 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, 2003a).

Quanto ao atendimento domiciliar, parágrafo 1º, inciso IV, explicita que idosos, incluindo acolhidos e abrigados por instituições sem fins lucrativos, possuem direito a atendimento domiciliar pelo sistema público de saúde, tanto para

atendimento médico, quanto para atendimento de enfermagem, fisioterapia, psicologia e de assistência social:

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural (BRASIL, 2003a).

Por fim, no parágrafo 4º, prevê que idosos com deficiência ou com limitação física ou mental têm direito ao atendimento especializado nos estabelecimentos do SUS: 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei (BRASIL, 2003a).

Conforme já se explanou as necessidades de saúde, não se resumem a “problemas de saúde”, mas também a satisfação de necessidades como alimentação, moradia, segurança, afeto, entre outras. Portanto é necessário dispor de uma rede de atenção ao idoso.

Ao não ser atendidas as múltiplas necessidades de saúde do idoso, com maior frequência ele passa a vivenciar uma sobrecarga de eventos que atingem suas condições de saúde. Quando há uma doença instaurada, e o atendimento é insuficiente, as demandas por unidades de pronto atendimento são maiores.

Atualmente, os pronto-atendimentos, representam um modelo tradicional de assistência. Muitas vezes, estando ou não adequadamente estruturados, acabam funcionando como porta de entrada para os idosos ao SUS, acolhendo usuários em situação de urgência e/ou emergência, desgarrados da atenção primária, secundária e de urgências sociais. Estas demandas misturam-se nas unidades de Pronto Socorro superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população (KOHN, 2006).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída com a Portaria GM nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Devido à necessidade de uma rede estruturada de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos pronto socorros, esta política foi implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2003b).

De acordo com esta política, deve ser organizada a garantir os princípios de universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, pediátricas, ginecológicas, psiquiátricas e as demais relacionadas às causas externas. As causas externas são consideradas acidentes fatais e eventos mórbidos como acidentes de trabalho, quedas, homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, entre outras causas (BRASIL, 2003b).

A Atenção às urgências e emergências deve fluir em todos os níveis de atenção à saúde do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Estratégia de Saúde da Família até os cuidados hospitalares, de alta complexidade, e pós-hospitalares como recuperação e reabilitação, desenvolvidas na atenção primária à saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) reorganiza o modelo de atenção à saúde, no que diz respeito a comunicação entre todas as esferas de Governo e os níveis de atenção. A PNH preconiza desenvolver assistência e gestão da saúde por meio de equipes multiprofissionais, redes intersetoriais, com vistas a materializar o princípio da integralidade do cuidado em saúde (ALCANTARA; VIEIRA, 2013).

Refletir acerca da humanização da assistência, abre questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, prestar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, visando a melhoria dos ambientes de cuidados e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004a).

Portanto, “humanizar o atendimento” condiz na escuta do usuário sobre suas necessidades de saúde e demandas na perspectiva da integralidade, sempre em busca de consolidar os princípios norteadores da política pública de saúde (BRASIL, 2004a).

As normativas gerais para implementação da PNH na Urgência e Emergência, nos PS, Pronto Atendimentos (PA), inclui o acolhimento por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência; garantia da referência e contrarreferência, resolução da urgência e emergência, e o acesso à nível hospitalar e à transferência segura conforme a necessidade dos usuários (OLIVAR; VIDAL, 2006).

O acolhimento através da avaliação de risco nas unidades de pronto-socorro é um processo de triagem, de identificação de usuários que necessitam de

atendimento imediato de acordo com o seu potencial de risco. Esta tecnologia permite a agilidade no atendimento, a partir da análise da ótica profissional ou multiprofissional, conforme o grau de necessidade clínica ou social do usuário, não mais conforme a ordem de chegada ao serviço.

Diariamente inúmeros pacientes procuram os serviços de urgência e emergência, o que resulta na superlotação dos pronto socorros brasileiros. Avaliar esta procura por ordem de chegada no serviço, resulta no tempo de espera prolongado, acarretando em graves prejuízos aos pacientes que necessitam de atendimento prioritizado.

Para que ocorra a prioridade clínica e/ou social do paciente para o atendimento profissional ou multiprofissional em tempo adequado, a maioria dos pronto socorros brasileiros implantaram o Sistema de Manchester de Classificação de Risco.

O Sistema de Manchester classifica o atendimento em cinco níveis, estes, identificados por escala de cores e tempo máximo de espera, de modo: a cor vermelha, considerada emergência, com a necessidade de atendimento imediato; A cor laranja, considerada urgência, com atendimento o mais rápido possível, podendo esperar até 10 minutos; A cor amarela, considerada pouco urgente, com necessidade de avaliação mas com condições clínicas para aguardar, podendo esperar no máximo 50 minutos, A cor verde, considerada não urgente, podendo esperar no máximo 120 minutos; E a cor azul, considerada consulta de baixa complexidade, podendo ser atendido de acordo com o horário de chegada, mas com no máximo 240 minutos de tempo de espera (PROTOCOLO DE MANCHESTER, 2014).



Protocolo de Manchester: Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso

Fonte: (PROTOCOLO DE MANCHESTER, 2014)

Segundo Deslandes (2002), os serviços de emergência contemporâneos possuem uma singularidade que os diferencia de quaisquer outros serviços de saúde. Trata-se de uma assistência que deve ser realizada de maneira imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o uso de recursos tecnológicos.

Destaca-se que estudos têm apontado a desarticulação ou a fragilidade da atenção primária em saúde como um dos fatores que ocasionam a sobrecarga dos atendimentos de urgência e emergência. Esta desarticulação entra em contradição com as diretrizes do atendimento que propõe a atenção básica como ordenadora do cuidado.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, possibilita um conhecimento maior da situação de saúde dos usuários de determinado território, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção à saúde (SOUZA, 2001).

Retratar o trabalho do Assistente Social em âmbito hospitalar a nível de emergência, significa estar atento a algumas características que desvelam a particularidade desse complexo processo de trabalho, cuja estrutura é mediada por uma política de estado que vigoriza o trabalho (OLIVAR; VIDAL, 2006).

Nas unidades de pronto-socorro, chegam usuários desgarrados da atenção primária e secundária, violados de direitos, entre outras procedências. É o serviço onde se dá o inesperado e o assistente social deve estar preparado para atender os diversos conflitos e orientar os usuários sobre seus direitos sociais como: seguro obrigatório, indenização de acidente de trabalho, encaminhamento, localização de familiares, trabalho em rede com instituições, tudo de acordo com a necessidade apresentada pelos usuários (ANJOS et al., 2007).

Refletir sobre o trabalho do assistente social nos serviços de urgência exige uma compreensão ampliada do que é urgência e emergência, partindo sobre o conceito ampliado de saúde, do contexto do alargamento que a realidade sócio-sanitária impõe e ressoa em torno de uma proposta de atuação integral, pautada na interdisciplinaridade e intersetorialidade e interinstitucionalidade, possibilitada pela composição multiprofissional nas equipes dos serviços de urgência e/ou emergência (KOHN, 2006).

3 ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO II EM SERVIÇO SOCIAL

O Estágio Supervisionado Obrigatório I e II, no Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), tem como finalidade complementar a formação acadêmica, possibilitando a observação e a intervenção com direcionamento no processo de trabalho do Assistente Social, através da vivência entre a teoria e a prática a partir da inserção dos estagiários nos campos de estágio.

O processo total de estágio foi realizado ao longo do 7º e 8º semestre, sendo o Estágio Supervisionado obrigatório I, no CAPS de álcool e outras drogas (ad) II “Caminhos do Sol”, e o Estágio Supervisionado Obrigatório II, no PS do HUSM, respectivamente, ambos no município de Santa Maria, RS.

Devido à troca de campo no Estágio Supervisionado Obrigatório I, não foi possível aplicar, intervir e avaliar o projeto de intervenção, propostas da formação acadêmica, diferente do Estágio Supervisionado II em Serviço Social, ao qual foi desenvolvido e será abordado nos próximos parágrafos.

Serão abordados três eixos centrais de: Espaço sócio ocupacional; Serviço Social, campo de estágio e a Questão Social e; Projeto de intervenção, limites e possibilidades. O objetivo é apresentar o espaço do estágio, os principais processos de trabalho, principalmente as atividades exercidas pelo Serviço Social. Ao fim será abordada a proposta de intervenção no estágio, sua operacionalização, avaliação e proposições.

No Estágio Supervisionado Obrigatório II, o estagiário foi inserido na Unidade de PS adulto do HUSM, serviço caracterizado pela atenção à saúde nas urgências e emergências adultas.

Para Paim (1994), uma emergência representa um processo constituído por risco iminente de morte, com exigência de diagnóstico e tratamento nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter as funções vitais e evitar incapacidade ou complicações mais graves. Representa situações como choque, parada cardiorrespiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico, entre outros.

Já a urgência significa um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de morte. Neste caso, há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, todavia, não representa um risco iminente de morte. São situações como

fraturas, feridas, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, entre outros. (PAIM, 1994).

3.1 Unidade de Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria e seu espaço sócio ocupacional

Desde sua fundação, em 1970, o HUSM, é referência em saúde para a região centro do Rio Grande do Sul. Sendo um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria, a Instituição atua como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde.

Outro fator que ressalta a importância do HUSM é o fato de ser um dos únicos hospitais da região centro que atende pelo SUS. São prestados diversos serviços especializados e de ponta de mercado, o que faz com que a demanda seja superior a sua capacidade física e pessoal. Por isso, o Hospital Universitário precisa se adequar constantemente a estas situações, para continuar prestando seus serviços com a mesma competência e qualidade já conhecidas pela comunidade nestes mais de 30 anos de atuação (HUSM, 2015).

O HUSM, por ser um dos únicos hospitais da região que atende somente pelo SUS torna-se importante para os usuários que buscam assistência em saúde, visto que, o SUS é o maior sistema público de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população (BRASIL, 2015).

Amparado por um conceito amplo de saúde, o SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros (HUSM, 2015).

Atualmente, o HUSM é gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com início em dezembro de 2013.

A unidade de PS adulto do HUSM é caracterizada como uma unidade de emergência e urgência referenciada, ou seja, atende apenas usuários

encaminhados por outros hospitais, prontos atendimentos, unidades básicas de saúde, ambulatórios e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O serviço é composto pela área vermelha, observação e internação. A área vermelha é representada por usuários que chegam à unidade em situação de urgência e/ou emergência e que necessitam de atendimento imediato. Na observação, encontram-se usuários que estão em urgência, sendo avaliados periodicamente, com a possibilidade de alteração do seu estado clínico e/ou social para emergência e com a possibilidade de internação. A internação representa usuários internados pelas clínicas, dispondo de 22 leitos, sendo três destes, para isolamento e demais internados acomodam-se em macas, todos, recebendo tratamento clínico e/ou social ou aguardando tratamento cirúrgico.

As Clínicas de Pronto Atendimento do PS adulto do HUSM são: Clínica Geral, Clínica de Traumatologia, Clínica das Cirurgias (todas), Clínica de Psiquiatria, Clínica de Infectologia, Clínica de Medicina Interna e Clínica de Neurologia.

A equipe deste serviço é composta por médicos (clínicos, cirurgiões e psiquiatras), enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Passam ainda pelo setor, acadêmicos de Terapia Ocupacional, Enfermagem e Serviço Social, e também em caráter de rodízio, médicos residentes.

Desde 1975, o Serviço Social se faz presente no HUSM, ano em que foi contratada a primeira Assistente Social da instituição, atuando por exatamente uma década. Após, em 1985, foi contratada a segunda profissional da categoria e em 1995, contratadas mais duas assistentes sociais, uma dela para o setor de Recursos Humanos e outra para o serviço de Hemato-oncologia (HUSM, 2014).

Após a adesão à EBSEH, foram chamados mais 12 assistentes sociais. Ao total, o HUSM conta com 15 assistentes sociais, sendo três assistentes sociais concursados através de Regime Jurídico Único e 12 assistentes sociais concursados com titulação através da EBSEH, destes, dois assistentes sociais trabalham na Unidade de PS adulto do HUSM.

3.2 O Serviço Social, a Unidade de Pronto Socorro Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria e a questão social

O Serviço Social na Unidade de PS do HUSM iniciou suas atividades a partir do mês de novembro de 2014. Atualmente a Unidade de Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria conta com dois assistentes sociais, estes, trabalhando em escaladas que dão cobertura ao serviço, de segunda a sexta-feira no período compreendido entre 7h e 30m às 18h.

O Serviço Social na Unidade de PS adulto dá suporte social aos quadros sociais dos usuários em situação de urgência e/ou emergência de todas as clínicas que apresentam demanda de pronto atendimento social.

O Serviço Social realiza a sua intervenção através de suas habilidades e competências, sendo algumas delas: Abordagem e entrevista com os usuários e/ou familiares da pessoa internada; Identificação do histórico e da trajetória de rede de cada usuário entrevistado, desde a atenção básica até a atual (re)internação no HUSM; Esclarecimento de normas e direitos, dando visibilidade às opções de cidadania possíveis em casa caso, estendendo estas ações aos familiares e/ou acompanhantes do usuário; Observação, entendimento e trabalho na forma multiprofissional e interdisciplinar com a categoria profissional médica, de enfermagem, psicologia e fisioterapia; Acompanhamento e intervenção em atendimentos individuais e também familiares; Reconhecimento e articulação junto à rede de serviços de todos os municípios atendidos pela Unidade de Pronto Socorro do HUSM; Realização de encaminhamentos e acompanhamento de casos que forem das demandas dos usuários; Registro em prontuário ao que for considerado importante para a equipe através de uma construção coletiva entre os saberes e as práticas dos profissionais que integram a equipe multiprofissional, desde o caráter clínico ao social; Entre outras.

Os parâmetros de atuação do Serviço Social na saúde, baseiam-se no atendimento direto aos usuários, nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até a média e alta complexidade. Ganham materialidade a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, CAPS, hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância

a qual é vinculada (CFESS, 2010).

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social (CFESS, 2010).

3.3 Projeto de intervenção, limites e possibilidades

O presente projeto de intervenção faz parte das atividades desenvolvidas no Estágio Supervisionado Obrigatório II em Serviço Social, no HUSM/UFMS. Reitera-se que, foi problematizado e desenvolvido pelo acadêmico na Atenção à Saúde nas Urgências e Emergências, na Unidade de PS adulto.

Os objetivos das atividades desenvolvidas no projeto foram identificar, problematizar, refletir e planejar ações em torno de situações relativas ao processo de trabalho do assistente Social e da assistência prestada no âmbito do PS adulto do HUSM. Além disso, visou sistematizar a intervenção com os usuários idosos a partir da percepção e da inquietação do estagiário quanto à fragilidade desta população no serviço.

A partir das primeiras vivências e práticas no serviço, identificou-se que o atendimento aos idosos exige respostas rápidas e complexas. Por isso o trabalho multiprofissional e o cuidado longitudinal (em rede) emergem como um dos fatores primordiais para evitar as frequentes reinternações.

Também se observou que as redes de apoio utilizadas pelos idosos necessitam de maior suporte para exercer o cuidado junto aos mesmos. Verificou-se que cada vez mais os idosos apresentam quadros mais intrincados, tanto no que diz respeito a suas necessidades de saúde como às dificuldades encontradas para garantir o acesso aos recursos necessários de atenção a esta demanda.

Por conta demandas no serviço voltadas ao idoso, este projeto pretendeu contribuir para suprir estas necessidades, a fim de aprimorar a assistência prestada

no serviço de urgência e emergência, atendendo os preceitos do SUS.

Pela recente implantação do Serviço Social na Unidade de PS (novembro de 2014), os assistentes sociais ainda não conseguiam identificar qual era o perfil do usuário que acessa este serviço, com precisão suficiente para iniciar projetos e programas locais no serviço, com maiores especificidades.

A partir disso, a proposta do estagiário foi de aplicar um instrumento de identificação de dados sociais e breve relato de trajetória, através do processo de entrevista já usado pelo serviço para que em uma nova tentativa, com o foco nos idosos como prioridade no atendimento, fosse identificado qual é o perfil do idoso que acessa o SUS através da Unidade de PS adulto do HUSM.

O projeto foi nominado como “Identificando o perfil dos idosos que acessam o Sistema Único de Saúde através da Unidade de Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria”.

Conforme já apresentado, o conceito de idoso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade (BRASIL, 2005).

Os serviços de emergência e emergência compõem uma das portas de entrada ao sistema de saúde, contudo a atenção básica é quem ordena o cuidado.

Compreender a demanda, identificar o perfil dos usuários idosos e investigar estes casos de usuários idosos que procuram serviços de emergência numa situação de agravamento de saúde e conhecer a rede formal e informal com as quais esses idosos contam pode contribuir para identificar aspectos das condições de vida e da assistência em saúde (SERBIM, 2013).

Transpondo essa perspectiva para o Serviço Social aponta-se que, frente ao idoso, o assistente social possui um compromisso ético político, mediando os direitos e ações sociais, bem como sua participação. Isso aponta seu compromisso na consolidação dessas políticas, por meio de estratégias informacionais e comunicacionais como algo determinante na intervenção com a população idosa (MORAES, 2008).

Como objetivos específicos, foram realizadas abordagens e entrevistas com os idosos e/ou familiares da pessoa internada, identificando o histórico da trajetória de rede de cada paciente idoso, desde a atenção básica até a atual internação no HUSM, orientando-os e conscientizando-os sobre seus direitos, sempre trabalhando a autoestima dos idosos, visto que o processo de envelhecimento e a relação saúde x doença é uma forma de expressão e manifestação social presente em nosso cotidiano.

O projeto de intervenção foi aplicado no período de estágio supervisionado obrigatório II em Serviço Social, tendo duração de três meses, iniciando no mês de abril e terminando no mês de junho. O instrumento de identificação de dados sociais e breve relato de trajetória, anexado como apêndice no final do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), através do processo de entrevista, foi aplicado pelo estagiário nas terças e sextas-feiras no turno da tarde, das 14 às 18 horas.

3.4 Projeto de intervenção, avaliação, resultado e proposições

Através do projeto de intervenção aplicado no estágio supervisionado II foi possível identificar o seguinte perfil dos idosos que acessam o SUS através da Unidade de PS adulto do HUSM:

A maioria dos idosos trabalhou desde o período compreendido pela infância e adolescência, incluídos no mundo do trabalho em um período da vida, hoje, considerado apenas de produção de conhecimento e educação. Reflete-se que no recorte de tempo, há mais de 60 anos, na zona rural era culturalmente normal, ao qual a criança e/ou adolescente ajudavam suas famílias na plantação da sua própria alimentação, não frequentando a escola, hoje, representados pela baixa escolaridade, outro aspecto do perfil destes idosos.

O trabalho em comum era realizado a partir da interação dos componentes da família com a natureza, produzido para satisfazer suas próprias necessidades. Ou seja, havia uma relação de dependência entre os indivíduos nesse processo de produção (PAIVA, 2014).

Aos idosos que permaneceram na zona rural na sua maioridade, em longo prazo, desta vez, não somente para plantação de seu próprio consumo, mas

também para obtenção de capital, comprovado como produtores rurais, atualmente são aposentados, em processo de adoecimento, marcas do trabalho intenso.

Na era moderna, porém, o sistema do capital introduziu uma nova racionalidade de subordinação da vida humana à acumulação capitalista e a consequente expropriação violenta do tempo de vida da “espécie” que vende sua força de trabalho, cujo controle atende aos requisitos da mais-valia (PAIVA, 2014).

Nesses termos, a problemática social do envelhecimento do trabalhador está dimensionada por um duplo e articulado processo: de um lado, determinantes de ordem material, que geram a impossibilidade de reprodução social sem os recursos da família e da sociedade, considerando a expropriação dos meios de produção e do acesso à riqueza socialmente produzida capaz de garantir uma velhice digna; de outro, determinantes culturais, cuja origem são as relações dominantes de produção, que atribui uma desvalorização social aos idosos quando perderem a rentabilidade para o capital, perdendo a qualidade de homem (econômico), parâmetro para a definição dos direitos humanos e da “cidadania (TEIXEIRA, 2008).

Também neste perfil, não reconhecem a saúde como direito de todos, muitas vezes após a intervenção com os usuários no serviço, agradeciam como forma de gratidão e tentavam articular maneiras de gratificação como se devessem algo para o serviço e/ou profissionais, onde também foi o papel do Serviço Social desmistificar o entendimento do usuário que o atendimento humanizado é um favor, pois não é necessário retribuir o atendimento que lhe é de direito.

Quanto à historicidade deste idoso, entende-se que todos passaram pelo período de ditadura militar no Brasil, compreendendo os anos de 1964 a 1985, desprovidos de direitos, sem garantias da saúde para todos e com a coerção militar. Este quadro começa a mudar com a Constituição de 1988, com a garantia de direitos sociais através das leis.

A Constituição de 1988 existe há 27 anos, porém para este idoso ainda é uma ‘nova garantia’ para estes que não tinham acesso a direitos, surpreendendo-se quando acessam aos hospitais públicos, com todo atendimento gratuito e principalmente quando é aplicada a humanização.

Neste contexto, cabe ao Serviço Social, também, explicitar e viabilizar a garantia deste direito a saúde por meio do SUS, pois a socialização da informação é determinante numa prática que priorize as demandas da população usuária. Além disso, o assistente social tem o compromisso ético-político de trazer para o espaço institucional a informação, o conhecimento e o saber desconhecido pela população

usuária. (VASCONCELOS, 1997).

Através de uma análise do estagiário, destaca-se que, cada caso abordado teve sua particularidade de doença e historicidade de vida, mas também com similar determinante a consequência resultada do mundo do trabalho. Este trabalho é caracterizado por condições precárias e sem atendimento de saúde necessário naquela época.

O sistema capitalista nessas condições de adoecimento, impõe a perda do valor de uso deste usuário e da expropriação de seus recursos, uma vez que, é necessário trabalhar para permanecer adquirindo ou contribuindo neste sistema perverso e excludente.

Outra categoria de análise para este projeto de intervenção é a transição demográfica brasileira. Esta relação acaba por incidir no aumento da população idosa e na sobrecarga do sistema previdenciário. Os dados atuais apontam, necessariamente um maior número de idosos para um menor número de contribuintes com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), da Previdência Social, acarretando em uma reestruturação do sistema previdenciário, possivelmente com prolongamento do tempo de contribuição e de trabalho, de exclusão e restrições nos benefícios por invalidez.

Esse novo cenário, associado aos sistemas de proteção social historicamente estruturados, tomando como exemplo a política previdenciária, reflete uma nova demanda, no sentido de repensar modelos organizados a partir da expansão de postos de trabalho e da brevidade do período da aposentadoria. Todavia, na atualidade, esse repensar segue uma tendência neoliberal de desregulamentação dos direitos trabalhistas conquistados (PAIVA, 2014).

Nas entrevistas observou-se que muitos deles eram aposentados, tendo em vista a aposentadoria como um direito garantido. No que se refere a constituição familiar, a maioria tinham filhos(as), esposos(as), outros familiares ou cuidadores particulares pagos pela família, que acompanhavam o paciente em um sistema organizado de revezamento de acompanhante, sem alterações, motivo ao qual estes entrevistados não chegavam até o Serviço Social do serviço por conta dos profissionais, que, quando identificavam o paciente sem cuidador desde o início de sua internação, comunicam o Serviço Social imediatamente.

No instrumento de identificação de dados sociais e breve relato de trajetória, através do processo de entrevista, existia um campo para ser preenchido onde

perguntava qual era a UBS de referência do usuário. Quanto a UBS de referência, discute-se sobre a superlotação de hospitais por não reconhecimento das unidades próximas do território do usuário e não mais o reconhecimento dos hospitais como somente urgência e emergência.

Também identificou que o usuário e seu familiar, utilizam-se da estratégia de esperar horas até que sejam atendidos pelo médico em um pronto atendimento e já realizar todos os exames prescritos com resultados até a sua alta médica ou liberação, do que consultar em uma Unidade Básica de Saúde e ser encaminhado para exames em locais diferentes, às vezes distantes um dos outros e com marcação para datas em longo prazo, mesmo com pedido de urgência. Sendo assim, uma estratégia do usuário para um atendimento breve e resolutivo em busca da sua saúde como direito.

Também em sua maioria, os idosos internados na Unidade de PS adulto internavam pela clínica de Traumatologia, sendo numerosos os casos de queda e fratura do fêmur, um estudo a ser realizado e que vá de encontro com a atitude investigativa do assistente social na cogitação de violência e no trabalho de prevenção e reabilitação, principalmente desenvolvido pela UBS e ESF. Reiterando que as necessidades de saúde são múltiplas e complexas.

O presente estudo através da aplicação do projeto de intervenção, verificou em sua totalidade que, os idosos, usuários deste serviço, caracterizado pelo atendimento as urgências e emergências adultas, apresentavam vulnerabilidades sociais, tanto no baixo nível de escolaridade quanto na sua percepção de saúde, que em sua maioria, foram resultados do trabalho intenso.

Ao Serviço Social, cabe o papel de desenvolver pesquisas que avaliem a real implementação da política de atenção às urgências de forma a integrar a produção de conhecimento que tencionem a política vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético político da profissão (LEAL et al., 2013).

A avaliação do projeto de intervenção foi dada através de uma supervisão de estágio com o supervisor de campo, apresentando-lhe as informações obtidas e avaliadas debatendo sobre os dados, repercutindo a relevância deste projeto para a equipe de serviço.

Apresentado este perfil de idoso que acessa o SUS através do PS adulto do HUSM estimou-se uma precisão suficiente para que, futuramente iniciem-se projetos e programas locais no serviço, com maiores especificidades e também tencionar a

atenção básica a partir de algumas constatações identificadas através deste projeto de intervenção.

A observação da intervenção do Serviço Social em uma unidade de Pronto Socorro adulto de um hospital público, através da aproximação do usuário, foi possível identificar o papel do assistente social conforme suas e atribuições, sendo importante a inserção do estagiário nas atividades do serviço, juntamente com os saberes teóricos em formação na academia refletindo-as na prática no serviço.

Acredita-se que os assistentes sociais que atuam diretamente em todos os níveis de atenção à saúde, tendo em vista a responsabilidade e atenção multiprofissional, devem planejar e executar projetos e programas destinados a estes usuários idosos. Deve-se também incentivar cada vez mais pesquisas que ampliem a análise através de dados do perfil desta população (em geral) que acessa os serviços de saúde por meio do SUS.

Presume-se desafiador ao SUS, a necessidade de novas políticas de prevenção e promoção em todos os níveis de atenção à saúde e que a atenção básica atue como porta de entrada do sistema, que integra e coordena o cuidado e que resolva a maioria dos casos da população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que a inserção do estagiário no campo atribulasse com a recente implantação do Serviço Social na unidade de PS adulto do HUSM e implicasse com o registro do primeiro acadêmico a desvelar este campo tão intenso, entre outras intercorrências acadêmicas como troca de campo de estágio, tornou-se perceptível que a incompatibilidade entre o Sistema Único de Saúde (SUS) vigente e a situação brasileira tencionam as unidades de urgências e emergências e o quanto esta realidade implica no processo de trabalho do assistente social na perspectiva da viabilização de direitos.

Dentre os desafios frente o acesso dos idosos por meio do SUS nesta unidade de atenção à urgência e/ou emergência, destacam-se as estratégias de fortalecimento do SUS e na compreensão do papel da atenção básica como ordenadora deste sistema. O papel do assistente social neste contexto está para além da garantia de direitos, trabalhando também como socializador de informações, principalmente para essa população identificada mais leiga e desconhecida de sua cidadania.

O assistente social no âmbito hospitalar vem desmistificando o entendimento dos usuários idosos de que o atendimento resume-se apenas na avaliação da categoria médica, pois uma vez identificada às manifestações da questão social e trabalhada esta demanda na perspectiva de direitos e em equipe multiprofissional, resulta no favorecimento do seu estado clínico/social.

Em meio a uma realidade de exclusão social, imposta pelo sistema capitalista, o assistente social nos serviços de atenção à urgência e/ou emergência, se depara com um Estado omissivo sobre as políticas sociais, que vem transferindo para a sociedade civil a responsabilidade com as expressões da “questão social” identificadas pelas diversas procedências dos pacientes que chegam a este serviço. O Estado está se voltando para garantir condições para implementação das políticas globalizantes, pois o que busca é o favorecimento do capital, entendendo que o idoso nesse contexto, perde o seu valor de uso a partir que não está mais incluso no mundo do trabalho, expropriado de seus direitos (OLIVAR; VIDAL, 2006).

Nesse sentido, o processo interventivo do Serviço Social, desde a primeira abordagem, acolhimento, acompanhamento, entrevista, entre outros instrumentos

técnico-operativos, de suas atribuições e competências, vão de encontro com o processo de humanização, tornando desafiador estender essas ações para os demais serviços em equipe multiprofissional e de rede, identificado como mediador nesse processo.

REFERENCIAS

ALCANTARA, L. S.; VIEIRA, J.M.W. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos & Contextos**, v. 12, n. 2, p. 334 - 348, 2013.

ANJOS, K, C. et al. Pacientes Vítimas de Violência de trânsito: Análise do Perfil Socioeconômico, Características do Acidente e Intervenções no Serviço Social na Emergência. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 15, n. 5, 2007.

AZEVEDO, M.C.; GAZETTA, M.L.B.; SALIMENE, A.C.M. Envelhecimento e participação social. **ACTA Fisiátrica**, v. 10, n. 3, p. 102-106, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF, 1988.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003a. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 16 out 2015.

_____. **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, DF, 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 10 outubro 2015.

_____. Secretaria de direitos humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. Brasília, DF, 2015. Disponível em:< <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhementonoBrasil.pdf>>. Acesso em 12 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1863, de 29 de Setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2003b. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em 15 out 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em 11 out 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF, 2005. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em 05 nov 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Entenda o SUS**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>.

Acesso em: 31 de mar 2015

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 20 out 2015.

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. Serviço de estatística do Hospital Universitário de Santa Maria. **Análise documental interna do serviço**. Santa Maria, 2014.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. Site da instituição. **Histórico do HUSM**. Santa Maria, 2015. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>>. Acesso em: 31 de out 2015.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

KOHN, S.C. Serviço Social na Unidade de Emergência Referenciada: Espaço Construído e Legitimado. **Serviço Social e Saúde**, v. 5, n. 5, p. 1-218, 2006.

LEAL, R.A.S. et al. **Serviço Social e Política de Atenção à Urgência e Emergência no SUS**: a experiência do HU-UFSC. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013, Florianópolis, Santa Catarina.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, p. 549, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em 05 nov 2015.

MORAES, A. F. de. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, 2008.

OLIVAR, M.S.P.; VIDAL, D.L.C. O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais de emergência: notas para debate. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 92, 2006.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Componentes Estruturais de Ação. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em 02 nov 2015.

PAIM, J.S. Organização da atenção à saúde para urgência/emergência. In: SILVA, L.M.V. (Org). **Saúde Coletiva: textos didáticos**. Salvador: Centro Editorial e Didático/Universidade Federal da Bahia, 1994.

PAIVA, S.O.C. **Envelhecimento saúde e trabalho no tempo do capital**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

PROTOCOLO DE MANCHESTER. **Uso de pulseiras de identificação para triagem de pacientes**. In: passe vip. São Paulo. 2014. Disponível em:< <http://passevip.com.br/blog/pulseiras-protocolo-de-manchester>>. Acesso em 10 nov 2015.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SERBIM, A.K.; GONCALVES, A.V.F.; PASKULIN, L.M.G. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, 2013.

SOUZA, R.O. **Modelo assistencial no sistema único de saúde**. In: BRAVO, M.I.S. et al. Capacitação para conselheiro de saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro. UERJ, Nape, 2001.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

TEIXEIRA, S.M. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital**: implicações para proteção social no Brasil. 1. ed. São Paulo : Cortez, 2008.

VASCONCELOS, A.M. **Serviço Social e pratica reflexiva**. Em Pauta, Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 1997.

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DADOS SOCIAIS E BREVE RELATO DE TRAJETÓRIA APLICADO NO PROJETO DE INTERVENÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO II ATRAVÉS DO PROCESSO DE ABORDAGEM EM ENTREVISTA

Serviço Social

Dados de Identificação:

Nome: _____ Data de nasc, __/__/____
 Same: _____ Clínica/Leito: _____ Idade: _____
 Endereço: _____
 Ponto de referência: _____ telefone: _____
 Profissão: _____ Renda: _____ Benefício: _____
 Estado Civil: _____
 UBS de Referência: _____

Documentação: () Certidão de nascimento () Certidão de casamento () RG
 () CPF () Cartão SUS () Carteira de Trabalho

Grupo familiar

Nome	Parentesco	Telefone

Acompanhante (caso houver):

Nome do acompanhante: _____
 Grau de parentesco: _____ Telefone para contato: _____
 Está revezando com outro familiar? Caso sim, nome do familiar _____
 Relato de atendimento:
