



UNISUL

UNIVERSIDADE DO DE SANTA CATARINA

ROSÂNGELA CAMPOS

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR
DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ, ATENDIDOS PELAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA.**

Palhoça

2009

ROSÂNGELA CAMPOS

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR
DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ, ATENDIDOS PELAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA.**

Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Vera Nícia Fortkamp de Araújo, Msc.

Palhoça

2009

ROSÂNGELA CAMPOS

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR
DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ, ATENDIDOS PELAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça 17 de novembro de 2009.

Prof.^a e Orientadora Vera Nícia Fortkamp de Araújo, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Darlene de Moraes Silveira
Universidade do Sul de Santa Catarina

Emf.^a Luciane Teresinha Sens
Enfermeira ESF – Palhoça

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar forças para seguir firme por toda a minha caminhada e iluminá-la.

A minha mãe Lourdes pelo seu amor e ao meu filho Diego de 11 anos que sempre compreenderam minha ausência.

Ao meu pai Jaci e aos meus avôs Ana e José (em memória), que por mais longe que pudessem estar hoje estão orgulhosos por mim.

A todos (as) os professores (as) do Departamento de Serviço Social da Unisul, de uma forma especial, as professoras Mestre Vera Nícia Fortkamp de Araujo e Dra. Darlene de Moraes Silveira, aos demais funcionários, que contribuíram para esse momento, pessoal de aprendizado.

Aos colegas de curso pela convivência prazerosa e pelas experiências compartilhadas.

A todos os meus familiares, de alguma forma, em especial à minha Tia Delma, ao meu primo Rafael, ao meu irmão Marcelo e a minha cunhada Josiane que se dedicam com muito carinho ao meu filho e que contribuíram para que este momento fosse possível.

As minhas amigas, Luciani, Márcia, Deyse, e Carla que sempre me apoiaram nos momentos mais difíceis desta jornada. "Consegui meninas!"

A todos vocês o meu muito obrigado pela colaboração nesta conquista de poder me tornar uma profissional de Serviço Social.

Sem sonhos, as perdas se tornam insuportáveis, as pedras do caminho se tornam montanhas, os fracassos se transformam em golpes fatais. Mas, se você tiver grandes sonhos, seus erros produzirão crescimento, seus desafios produziram oportunidades, seus medos produzirão coragem. (Augusto Cury)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Serviço Social, da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL consiste em descrever a importância da intervenção do Serviço Social no processo de pós-alta hospitalar dos usuários atendido pelas equipes do Programa Saúde da Família, do município de Palhoça. Pensar a respeito da atuação do assistente social no ambiente hospitalar mais especificamente do Hospital Regional de São José e junto ao Programa Saúde da Família requer um olhar reflexivo e contextualizado dos diferentes atores sociais, para que, de forma democrática e participativa, este profissional busque oferecer serviços de qualidade, com enfoque na humanização do atendimento reconhecendo os usuários como cidadãos de direitos. Este estudo utilizou procedimentos de pesquisa bibliográfica em autores que abordam principalmente o Serviço Social e Saúde. Tendo como resultado alcançado a participação do assistente social como um profissional de fundamental importância, intervindo junto ao Programa de Estratégia de Saúde da Família, pois a ausência deste profissional interfere no processo de recuperação dos usuários, já que o entendimento de saúde é o resultado das condições socioeconômicas e ambientais em que vivem as pessoas.

Palavras-chaves: Saúde. Serviço Social. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study describes the importance of the social service interference on the process of hospital post-release of patients after they are being assisted by the Family Health Program teams from the City of Palhoça. The comprehension of the action of the social assistant on the hospital environment, specifically on the Regional Hospital of São José, and of the Family Health Program requires a reflexive and contextualized look of the different social actors that will lead the social assistant to offer quality services in democratic and participative bases, focusing on a humanized assistance and recognizing the patients as citizens with rights. This study used bibliographic research procedures to identify authors that approach mainly the social service and health. As the result, this study concludes that the participation of the social assistant has fundamental importance just as the practitioner works on the Family Health Strategic Program. The absence of the social assistant interferes on the patients' recovery because the understanding of health reflects the socioeconomics and environments conditions of people's lives.

Key words: Health. Social Service. Family Health Program.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária de Saúde
CASPs – Caixa de Aposentadoria e Pensão
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HRSJ – Hospital Regional de São José
IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões
IPASE – Instituto de Previdência dos Servidores
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
LBA – Legião Brasileira de Assistência
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência Social
PSF – Programa Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado do Sistema de Saúde
FMI – Fundo Monetário Internacional
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	11
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA SAÚDE NO BRASIL	11
2.2 A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	18
2.3 UMA ABORDAGEM SOBRE O PROGRAMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JUNTO AO MUNICÍPIO DE PALHOÇA	24
3 SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ESTÁGIO	29
3.1 BREVE APRESENTAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DOUTOR HOMERO DE MIRANDA GOMES DE SÃO JOSÉ E DO SERVIÇO SOCIAL	29
3.2 A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ	36
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) trata de um estudo realizado pela acadêmica do curso de Serviço Social da Unisul – Pedra Branca no decorrer do estágio curricular obrigatório, realizado no período de julho de 2008 a julho de 2009. Teve, como espaço do exercício da prática profissional, o terceiro andar da clínica médica do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes.

Tem-se, como objetivo, descrever a importância da intervenção do Serviço Social no processo de alta hospitalar aos usuários internados no setor da clínica médica, como também manter o contato com as equipes do Programa Saúde da Família do município de Palhoça.

No processo histórico de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciam-se, como questões fundamentais a serem consideradas particularmente pelos profissionais de saúde, a integralidade das ações e a participação social. Torna-se fundamental, portanto, que em sua prática cotidiana os assistentes sociais facilitem o acesso da população às demandas imediatas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas da nação.

A saúde então passa a ser o resultado do conjunto de condições em que vivem as pessoas, ou seja, de moradia, de alimentação, de lazer, de trabalho, dentre outros. Sendo assim, não se constitui numa condição individual, mas resultado de um processo coletivo. Sendo a saúde um direito de todos e um dever do Estado, ela deve estar assegurada desde a infância até a velhice.

Foi, sob esta ótica, que o Ministério da Saúde (MS) concedeu em 1994, o programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de proceder a reorganização da prática assistencial em bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades de intervenção que vão além das práticas curativas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 1).

Os motivos que levaram a escolha deste tema foram as grandes dificuldades encontradas em obter informações, sobre os usuários internados no setor da clínica médica do Hospital Regional de São José e como são acompanhados pela equipe de PSF, pois na sua maioria das vezes após a alta hospitalar, estes reinternavam novamente.

Diante do exposto, tem-se para o enfrentamento destas questões, buscando alternativas de intervenção do Serviço Social junto ao usuário de alta hospitalar que estão internados no terceiro andar da clínica médica do Hospital Regional de São José, enfatizando o atendimento pelas equipes de Saúde da Família, nas Unidades de Atenção Básica de Saúde do município de Palhoça.

O referido Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) torna-se relevante, pois gera reflexões sobre a questão da saúde dos usuários e a viabilização de seus direitos, bem como a atuação do Serviço Social do Hospital Regional de São José e a intervenção junto a suas famílias e ao PSF.

Desta forma, o trabalho foi organizado com o intuito de tecer reflexões sobre a intervenção do Serviço Social no processo de pós-alta hospitalar dos usuários do Hospital Regional de São José, atendidos pelas equipes de Saúde da Família do município de Palhoça, dividindo-se em dois capítulos, seguidos das considerações finais.

No primeiro capítulo, é estabelecido um estudo sobre a Trajetória das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, com ênfase a Trajetória do Programa de Estratégia de Saúde da Família.

O segundo capítulo apresenta a sistematização da prática de estágio, onde inicialmente é apresentado todo o campo de estágio e, posteriormente a experiência vivenciada nesse período, ressaltando a atuação do Serviço Social no Hospital Regional de São José, junto ao Programa de Saúde da Família.

2 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo, serão abordados os aspectos históricos das políticas de saúde no Brasil, dando ênfase ao Programa Saúde da Família.

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA SAÚDE NO BRASIL

Segundo Bravo, na década de 1920, aconteceram tentativas de extensão do serviço de saúde pública por todo o país e em 1923, a Reforma Carlos Chagas tenta ampliar o atendimento à saúde, como uma das estratégias da União na procura de ampliar o poder nacional diante da crise política de 1922.

Uma das medidas mais importantes da época constituiu-se na primeira fonte de proteção social. Trata-se da Lei Elói Chaves, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), cujo financiamento era feito pela União, por empresas empregadoras e por empregados, sendo que só grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las.

Dentre os serviços oferecidos, estavam previstos assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Anteriormente à década de 1930, a assistência médica se dava de maneira filantrópica e como prática liberal. A vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas foram as primeiras iniciativas de organização no setor da saúde que aconteceram em decorrência das transformações econômicas e políticas.

A questão da saúde começa a surgir como reivindicação do movimento operário, fruto da questão social que emergia com o trabalho assalariado.

Na década de 1930, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados a partir da medicina previdenciária, estenderam os benefícios para um número maior de assalariados a fim de diminuir gastos devido ao crescimento da massa de trabalhadores. Oliveira e Teixeira (1986:61-65 apud BRAVO) citam o modelo de previdência da época, entre os anos de 1930 e 1945, como modelo de

orientação contencionista. Começa, então, a surgir a assistência social com limites orçamentários para despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica.

No período de 1930 a 1940, foram adotadas alternativas para a saúde pública como:

Ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de franco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; interiorização das ações para as áreas de endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); reorganização de Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAGA E PAULA, 1986 apud BRAVO, 2006, p. 91).

Posteriormente à década de 1930, o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais e reivindicações dos trabalhadores foram indicadores de transformações econômicas e políticas que aconteceram na sociedade brasileira. Com o avanço do mercado no domínio do capital industrial, a aceleração da urbanização e ampliação da massa trabalhadora em condições precárias de higiene, saúde e habitação possibilitaram que as questões sociais e as de saúde fossem combatidas com políticas sociais nacionais com alternativas adotadas para a saúde pública.

Dentro deste contexto, Kelba aponta que:

Ao final da década de 40, houve um grande investimento em programas sociais. Diversos conjuntos habitacionais foram construídos pelos institutos. Seus contribuintes recebiam um auxílio financeiro na aquisição de moradias. O acesso dos contribuintes à alimentação, à formação básica e profissional também foi facilitada pelos institutos. (KLEBA, 2005, p. 155).

No período de 1945 a 1950, consolida-se a Política Nacional de Saúde, almejada desde 1930. Em convênio com órgãos do governo norte-americano e com o patrocínio da Fundação Rockefeller, cria-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no final dos anos de 1940, que envolvia as áreas de saúde, alimentação, transporte e energia, e tinha a saúde como finalidade principal. Porém, não fora implementado.

Segundo Buss (1995), “na década de 50 com a industrialização, ocorre um aumento da assistência médica ligada à previdência social”.

Ainda de acordo com o autor citado acima, desde o início até meados dos anos de 1960 o modo hegemônico de saúde foi o denominado sanitarismo

campanhista, baseado em políticas e controle de exigência do modelo agroexportador da época.

Teixeira aborda que:

Começa desta forma, a instituir-se o modelo médico assistencial privatista, em substituição ao modelo anterior que vigora de meados dos anos 60 até metade dos anos 80. Esse modelo estende a assistência previdenciária à quase totalidade população, privilegia a prática médica curativa, individual especializada e sofisticada, em detrimento da saúde pública, cria através da intervenção estatal um complexo médico-industrial e um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade. (TEIXEIRA, 1989, p. 31).

Neste cenário, a política nacional de saúde foi formulada a partir de dois subsetores: a saúde pública que predominou até meados dos anos de 1960 e a medicina previdenciária que superou a saúde pública posteriormente a 1966.

Ainda na década de 1960, Cabral fala sobre a criação do Instituto Nacional de Previdência Social.

Neste período é criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, com base na unificação e uniformização dos planos de benefícios e expulsão dos trabalhadores da gestão previdenciária. Na área da assistência médica tem-se uma orientação política de compra de serviços à rede privada, com ênfase na prática de medicina curativa, promovendo um processo de aumento crescente da lucratividade e da capitalização do setor saúde. O INPS, em 1967, vai assumir o seguro de acidente, apesar da resistência das seguradoras. (CABRAL, 1994, p. 122).

A dominação da burguesia e suas consequências políticas, econômicas e sociais estabeleceram novos canais de mediação com o Estado na tentativa de consolidar a hegemonia do poder estatal em 1964.

A situação da Saúde Pública entre os anos de 1945 a 1964 contemplou épocas em que o investimento, apesar de favorável na área, não conseguiu eliminar os riscos de doenças infecciosas, parasitárias, as elevadas taxas de mortalidade e morbidade infantil em geral.

Entre 1974 e 1979, a política social objetivava maior enfrentamento com a finalidade de encontrar soluções para as reivindicações e pressões da população. Mesmo com o Ministério da Saúde retornando medidas de saúde pública, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Ao descrever sobre a Reforma Sanitária no Brasil no final da década de 1970, que culminou até a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, Kelba ressalta que:

As reivindicações e bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária motivaram inúmeros profissionais atuantes nas estruturas governamentais a se engajarem na implementação das mudanças legais e institucionais em curso. (KELBA, 2005, p. 165).

O Movimento da Reforma Sanitária apresentava propostas visando à saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Para tanto, ao abordar este tema, Teixeira, conclui que:

O Movimento como um processo de mudança das normas legais e do aparato institucional, os quais regulam e executam a assistência à saúde dos cidadãos. Uma mudança assim incorre na transferência de poder político a diferentes grupos populares e lhes dá voz na busca do direito universal à saúde e na construção de um sistema assistencial adequado. (TEIXEIRA, 1995, p. 39)

Com o processo de democratização política nos anos de 1980 a saúde contou com o envolvimento de novos sujeitos sociais nas discussões das condições de vida da população e das propostas governamentais para o setor da saúde assumindo, assim, uma dimensão política vinculada à democracia. As propostas defendidas por esses novos sujeitos foram:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através do Sistema Unificado de Saúde – SUS, a descentralização do processo decisório para as esferas estaduais e municipais, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 96).

A autora coloca ainda que a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde foi fundamental para o debate da situação da saúde no Brasil, introduzindo a sociedade nesta questão e propondo a Reforma Sanitária.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, como aponta Brasil (1988), tem como tema o direito à saúde como parte da cidadania e a reorganização do setor em um Sistema Único de Saúde (SUS), onde se propõe uma concepção ampla de saúde encarada como resultante das condições de vida e trabalho da população.

A reorganização do setor em um sistema único a ser coordenado por um comando único em cada nível de governo com a participação popular foi uma proposta de consenso na VIII Conferência Nacional de Saúde.

A Constituição de 1988 confirma a extensão dos direitos sociais no país, incorporando novos avanços que buscaram corrigir as diferenças sociais que

visavam à privatização do “público” pela classe dominante. A questão da saúde era defendida, de um lado, por grupos empresariais representados pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado), a Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais) e por outros defensores da Reforma Sanitária.

Por meio do resgate da proposta da VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 cria o Sistema Único de Saúde, em substituição ao SUDS, sendo o mesmo regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) n.º 8.080 e n.º 8.142 de 1990.

Para Gonçalves (1990), o SUS constitui-se em uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde.

Brasil discorre que esse sistema tem como princípios:

Universalidade e igualdade na assistência, respeitando-se a autonomia dos indivíduos; integralidade, prevendo tanto o trabalho preventivo, terapêuticos e de reabilitação, quanto à atuação conjunta dos diversos setores e serviços de interesse público; descentralização político-administrativa, com repasse de responsabilidade aos gestores locais, possibilitando a organização do sistema assistencial de forma regionalizada e hierarquizada e garantindo a distribuição e utilização dos recursos de forma racional, coordenada e eficiente, bem como o planejamento fundamentado em critérios epidemiológicos; direito à participação e informação aos cidadãos. (BRASIL, 1996 apud KLEBA, 2005, p. 173).

Segundo Bravo (2006), na década de 1990, com o redimensionamento do papel do Estado com a influência da Política de Ajuste Neoliberal, há um forte ataque por parte do grande capital, aliado por grupos de dirigentes. A reforma da previdência, desprezando a seguridade nacional, teve a intenção, por parte do governo, de desmontar a proposta de Seguridade Social trazida pela Constituição de 1988.

A autora citada acima, ao falar da reforma do Estado, aponta que:

A Reforma do Estado ou Contra reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu plano diretor considera que há esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de estilo de administração pública burocrática, a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. (BRAVO, 2006, p. 100).

A hegemonia neoliberal no Brasil acaba por reduzir os direitos sociais e trabalhista, causando o desemprego estrutural, precarizando o trabalho do

profissional da saúde no desmonte da previdência pública e no sucateamento da saúde e da educação.

Desta forma, a proposta para a saúde alcançada na década de 1980, perde para o mercado, atingindo parcerias com a sociedade civil, que assume os custos da crise. Uma proposta de sucateamento da política e saúde surge à figura do assistente social e dos cuidadores com a finalidade de realizarem serviços profissionais, e como principal objetivo tem-se a redução de custos no trabalho realizado na área, em consonância com os pressupostos das políticas neoliberais de contenção da máquina Estatal.

Para Costa,

O projeto de saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como princípios tendências à contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços a nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (COSTA 1997 apud. BRAVO, 2006, p. 101).

Para muitos autores, a política de Saúde Social no Governo Lula teve seus problemas e avanços, houve o retorno da concepção da Reforma Sanitária e foram escolhidos para o segundo escalão do Ministério profissionais comprometidos com a reforma,

[...] sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de saúde, a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde. E a escolha do representante da CUT para assumir a secretária executiva do Conselho de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 102).

Em 2002, é aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, objetivando regularizar as profissões da saúde e o mercado de trabalho para a área.

Com o objetivo de solucionar problemas do SUS relacionados aos recursos humanos e à qualidade dos serviços de saúde, a 12ª Conferência Nacional de Saúde elaborou um documento que abordou a temática dentro de dez eixos:

[...] direito à saúde; as três esferas do Governo; a Intersetorialidade Ações da Saúde; a Seguridade Social e a Saúde, e a construção do SUS; a organização da atenção à Saúde; o trabalho na Saúde; Gestão Participativa: Ciência e Tecnologia e a Saúde; o Financiamento do SUS e informações, informática e comunicação. (BRAVO, 2006, p. 103).

Esta Conferência não teve a mesma repercussão que a anterior, nem teve grandes avanços em relação à reforma sanitária. Juntamente com outras entidades e membros do Ministério da Saúde aconteceram, de 2003 a 2005, conferências e congressos na tentativa de fortalecer a concepção de Seguridade Social. No entanto, não houve a aprovação do relatório final devido à fragilidade na condução das plenárias, não se configurando num mecanismo de democratização da política de saúde.

Houve poucos avanços na política de saúde dos anos de 1990. A ênfase do governo na focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, o desfinanciamento e a crítica na falta de comprometimento político na viabilização da Seguridade Social referem-se às características de continuidade das políticas da saúde nesta época.

Bravo (2006) coloca que o comprometimento do governo com o Fundo Monetário Internacional na desvinculação de recursos para as áreas da saúde e educação, desresponsabilizando a União, os estados e os municípios, contrariando assim os preceitos constitucionais e ameaçando o financiamento para a área da saúde, acabam por acarretar a precariedade dos serviços oferecidos. Toda a questão abordada vislumbra programas focais que não modificam a situação, apenas maquiagem a realidade social perpetuando as desigualdades sociais.

Ainda existe uma grande distância entre o que se tem e o que se pretende para o Sistema de Saúde brasileiro. Atualmente, há uma antagônica relação entre a teoria e a prática e só a conquista através de movimentos sociais poderá contribuir para a superação dessa realidade social na área da saúde, de forma que se garanta o direito de cidadania e uma base de igualdade para a concretização de uma verdadeira política social.

Após este breve histórico sobre as políticas de saúde pública no Brasil, faremos um resgate bibliográfico sobre o Programa de Saúde da Família no Brasil e no município de Palhoça.

2.2 A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A história do Programa Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, atendendo as indicações do Banco Mundial para a reorientação do sistema de saúde. Desde então, iniciou-se o enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não mais no indivíduo, e também foi introduzida a noção de área de cobertura por família. A partir de janeiro de 1994, começaram a serem formadas as primeiras Equipes do Programa Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O objetivo do Programa Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientando para a cura de doenças e hospitalização. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade da intervenção que vai além das práticas curativas.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população, para cumprir o Princípio Constitucional – segundo o qual o Estado deve garantir ao cidadão o direito de receber atenção integral à saúde com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais – e para permitir que os responsáveis pela oferta dos serviços de saúde, os gestores do SUS, aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir.

A Atenção Primária de Saúde (APS) e o Programa Saúde da Família (PSF) se baseiam na modificação positiva do modo de vida da população a partir do controle dos fatores de meio ambientais, sociais e naturais e da mudança do estilo e conduta de vida das pessoas, eliminação dos riscos e orientação dos hábitos mais saudáveis.

O Programa Saúde da Família, mais do que um programa específico, é o modelo de assistência à saúde que mais se aproxima dos princípios indicados na Constituição Federal. Todas as pessoas cadastradas são atendidas na Unidade de

Saúde da Família com igualdade de direitos para todos, recebendo assistência naquilo que necessitam, de forma permanente e pela mesma equipe.

Dessa forma, recebem orientações sobre cuidados de saúde e são mobilizados (incentivo à participação popular) sobre como manter a sua saúde, de suas famílias e de sua comunidade, compreendendo a relação entre as doenças e estilos e hábitos de vida.

Segundo Brasil (1998) as equipes de PSF têm como objetivos específicos:

- a) prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde a população adstrita;
- b) intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- c) eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- d) humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- e) proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- f) contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- g) fazer com que a saúde seja, reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida;
- h) estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, entre outros.

O Ministério da Saúde enfatiza que o PSF também reafirma e incorpora os princípios e diretrizes do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, tendo-a como aliada nas práticas e questões que envolva a saúde (BRASIL, 2006 p. 9).

São envolvidos neste trabalho equipes multiprofissionais compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de agentes comunitários de saúde. As equipes podem ser ampliadas a critério do município, e estão vinculadas a cerca de mil famílias (3.450 pessoas em média),

dedicando tempo integral – 40 horas semanais – em unidades muito próximas à população a ser atendida. O território, definido em cada área, onde estão situadas as famílias cadastradas por essas equipes é subdividido em micro área. O número de micro área corresponde à subdivisão do universo populacional, de forma a garantir, na metodologia de trabalho, a vinculação dos agentes comunitários. Em média, um ACS é designado para o acompanhamento de até 750 pessoas. (SAMPAIO & LIMA, 2004, p. 6).

Outros profissionais, a exemplo de Assistentes Sociais, Farmacêuticos e Psicólogos, podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. O incentivo do Ministério da Saúde para a implementação das equipes, é somente para a equipe mínima, para a odontologia e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Outros profissionais a serem inseridos no Programa de Saúde da Família, as verbas investidas devem ser de responsabilidade do Município, por isto a dificuldade de implantar equipes de referência ou outros na própria equipe que não sejam os da mínima proposta.

O Programa de Saúde da Família como se pode perceber se estrutura com equipes multiprofissionais, tendo como foco central a descentralização das ações com visão na família e na comunidade, estabelecendo-se vínculos de compromisso e de responsabilidade entre profissionais e população, para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos da saúde. Surge com a ideia inovadora de deslocar a atenção centrada na figura do médico para ser preocupação de toda equipe de saúde, ou seja, a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientando para a cura de doenças realizadas principalmente no hospital. A atenção está centrada na família. Entendida e percebida a partir do seu ambiente físico social, o que vem possibilitando as equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vão além das práticas curativas. (BRASIL, 1998 p. 4).

Nesta perspectiva, destacam-se os profissionais da saúde, na construção da apresentação do processo saúde/doença, devendo os mesmos buscar uma mobilização mais integrada, com vários outros profissionais e setores da administração pública, atuando como catalisadores de várias políticas setoriais, na busca de uma “ação interligada entre algumas áreas que devem estar em paralelo

com as ações do PSF, como: saneamento, educação, habilitação e segurança". (BRASIL, 1996, p. 9).

O programa enfatiza o exercício de práticas de humanização da atenção, como atividades de visita e internação domiciliares realizadas pela equipe de Saúde da Família, sendo que, nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Os profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

[...] responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitado e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos. (VERDI et al. apud CAMPOS; 1997, p. 153).

É importante destacar que a partir de 1997 o Programa de Saúde da Família alcança a condição de estratégia, passando a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), propondo o reordenamento do modelo assistencial que passa a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção básica. E através da ESF, teve uma adoção significativa pelo Brasil, registrando crescimento significativo no número de equipes desde sua implantação. Em seu início, em 1994, foram implantadas 328 equipes de Saúde da Família; em setembro de 2006, eram 26.650 equipes, estando presente em 5.560 municípios. Em Santa Catarina, no ano de 2001, eram 1.006 equipes e, em setembro de 2006, 1.190 equipes. (BRASIL, 2006).

Em muitos municípios, as pessoas já não falam mais Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) ou Programa de Estratégia Saúde da Família (ESF). Isto porque o Programa de Estratégia Saúde da Família demonstra ser o mais completo modelo de assistência à saúde com atendimento igual a todos os cadastrados.

O PSF deve considerar vários componentes ou requisitos, além do estabelecido na legislação vigente, tais como:

- a) territorialização (setorização): cada equipe deve ter como responsabilidade de atenção um território, ou seja, possuir uma população definida;

- b) hierarquização: referência e contra-referência: inter-relação de serviços básicos, especializados e hospitais, que garantem a completa atenção da saúde onde e quando requeira a população;
- c) atenção ativa: a equipe terá que ir à comunidade, à família, para identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções em conjunto com as próprias famílias e população; deverá ainda orientar, informar e promover educação sanitária;
- d) globalidade: a atenção à saúde deverá ser voltada para todos: doentes, sadios, homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos;
- e) continuidade: a população é acompanhada pela mesma equipe permanentemente. Para alguns autores, este componente é a essência da medicina familiar;
- f) participação: a participação de toda a sociedade e dos setores da economia no desempenho do PSF (Programa Saúde da Família) é de suma importância para a identificação de problemas, planejamento e controle das atividades dos serviços de saúde e também de sua execução, tendo em conta que os serviços de saúde não podem dar solução a todos os problemas de forma isolada.

O PSF constitui-se assim como uma possibilidade concreta de reorientação do modelo assistencial em saúde vigente. Mudar o modelo de atenção à saúde historicamente orientada para a cura de doenças e no hospital constitui-se em um desafio.

Nesse contexto, surge outra necessidade voltada para o serviço que consiste na mudança da visão de trabalho dos profissionais da saúde. Em muitos lugares, quando se fala em profissionais de saúde, pensa-se apenas em médicos e enfermeiros. As experiências multi e interdisciplinares ainda não ganharam a abrangência que precisam ganhar para transformar-se em um novo padrão de trabalho. Diferente do que ocorre quando se fala em profissionais de saúde, é necessário que se entenda aí todas as categorias envolvidas com a atenção à saúde: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, arte terapeutas, vigilantes, dirigentes; todos, enfim, que prestam serviços no estabelecimento.

Desafio que se manifesta no desejo, na luta e criação de estratégias políticas econômicas e sociais comprometidas com um projeto de atenção à saúde incluyente, eficaz e de qualidade.

Torna-se importante ressaltar que o protagonismo médico dominante na área da saúde e a postura subalterna histórica constituem-se em grandes desafios no que se refere às propostas do Movimento Sanitário, o qual se busca uma saúde coletivizada.

A consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, propriamente do direito à saúde de forma universal e integral, está pautada em uma visão mais global e uma comunicação sistemática por parte dos profissionais envolvidos, no que diz respeito às ações e serviços para atendimentos das demandas. Estas que acabam tendo seus direitos violados por conta das contradições existentes no sistema, onde suas necessidades muitas vezes se confrontam com as formas de organização dos serviços.

O Serviço Social se insere, portanto na equipe de saúde como o profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção de saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde. O Assistente Social, como profissional da saúde, tem como competência intervir junto aos fenômenos socioculturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, que seja em nível de promoção, proteção e/ou recuperação de saúde. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1990).

A qualidade dos serviços prestados pelo profissional de Serviço Social está pautada na sua qualidade técnica e política na perspectiva do cumprimento da Lei de Regulamentação e do Código de ética da profissão, traçando assim um grande desafio para os profissionais no que tange romper com o conservadorismo que predomina nas relações de trabalho.

Em relação à ação profissional, Vasconcelos aponta,

O que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática e, partindo da definição clara e consciente de suas referências éticas-políticas, a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser compreendido na relação de unidade entre teoria e prática. (VASCONCELOS, 2002, p. 12).

Os processos de trabalho em saúde exigem do assistente social um caráter articulado dentre todos os níveis do SUS e as outras políticas públicas existentes, com objetivo de contribuir na garantia da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Assim sendo, o profissional passa a colaborar na direção da objetivação dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que realizem e busquem seus próprios direitos.

De fato, a inserção do Serviço Social encontra-se profunda e particularmente enraizada na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social fragmentam as próprias necessidades do ser social e, a partir desse processo, como organizam seus objetivos institucionais que se voltam para a intervenção sobre as necessidades. (ABEPSS, 1996).

O Serviço Social vem ao longo dos anos conquistando seu espaço nas instituições introduzindo seu instrumental teórico e buscando maior qualificação. O trabalho do Serviço Social torna-se imprescindível para a amplitude do atendimento multiprofissional das instituições, o que leva a um considerável aumento de profissionais de Serviço Social atuantes na área da saúde.

Apesar do reconhecimento e do crescimento quantitativos de profissionais do Serviço Social na área da saúde, entende-se que ainda é insuficiente para revelar os modos e as formas de objetivação do trabalho desses profissionais no interior do processo de cooperação que constitui em um processo de intersecção partilhada.

No próximo item, será feita uma abordagem sobre o Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal abordagem se deu devido ao grande número de pacientes internados na clínica médica do Hospital Regional de São José (HRSJ), sendo que os mesmos, na sua maioria, eram do município de Palhoça.

2.3 UMA ABORDAGEM SOBRE O PROGRAMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JUNTO AO MUNICÍPIO DE PALHOÇA

No campo das políticas públicas, através de reformas administrativas, o setor de saúde tem se destacado com a idéia de mudanças, através de propostas que reorganizam a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, tentando

delinear um novo modelo, oferecendo serviços, propondo ações, modificando instrumentos gerenciais e forçando novos modelos de gerenciamento com um novo modelo assistencial, cujo foco de atenção não fosse dirigido somente ao tratamento das doenças, mas contemplasse os determinantes das condições de saúde de uma dada população. Assim surge, em 1994, o Programa Saúde da Família, hoje, Estratégia de Saúde da Família.

Em Palhoça inicia-se o Programa Agente Comunitário de Saúde, em setembro de 2001, atingindo quase 100% do município e, em maio de 2002, a primeira equipe de ESF. Em 2008, o município implantou 23 equipes de ESF e três equipes de PACS, que contribuem para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica possam ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetivas mudanças na organização dos serviços de saúde.

As unidades de saúde reorganizadas de acordo com os princípios da ESF devem ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculo de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e população.

A organização da atenção básica, com base na lei n.º 8080/90, tem como fundamento os princípios do Sistema Único de Saúde: saúde como direito de todos, Integralidade de assistência; universalidade, garantindo os serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégio de qualquer espécie; equidade e resolutividade das ações e serviços de saúde, através da assistência integral contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais esta população está exposta; e intersetorialidade, desenvolvendo ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com humanização do atendimento.

A equipe é constituída pelos seguintes profissionais: um médico (a); um enfermeiro (a); dois técnicos de enfermagem e seis a 12 agentes comunitários de saúde, composta de um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário.

O município de Palhoça conta com 23 Unidades Básicas de Saúde que funcionam das 8 horas às 17 horas com uma ou mais equipes de ESF, em que a unidade serve de referência o horário é das 7 horas às 21 horas e a Unidade Mista

de Saúde, na qual somente há duas equipes de PACS, o horário é das 7 horas às 19 horas.

De acordo com o protocolo de funcionamento para a ESF do município de Palhoça (2006), para atingir o objetivo proposto, o trabalho da equipe se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adscrita. Em seguida é realizado o diagnóstico de saúde da comunidade, com base no qual se faz o planejamento e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, tendo em vista a atenção integral à saúde – compreendida como promoção, prevenção, assistência e reabilitação – com enfoque prioritário nas áreas preconizadas pela NOAS/02, que são:

- a) saúde da mulher;
- b) saúde da criança;
- c) saúde bucal;
- d) hipertensão;
- e) diabetes;
- f) hanseníase;
- g) tuberculose.

A atuação das equipes ocorre principalmente nas Unidas Básicas de Saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierárquico e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco os quais à comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; e por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Os profissionais da equipe de Saúde da Família atuam de forma integrada e multiprofissional, traçando objetivos comuns no que diz respeito ao atendimento às necessidades da comunidade, porém possuem atribuições específicas de acordo com a sua profissão.

Baseado em Brasil (2006) são atribuições comuns a todos os profissionais:

- a) conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais,

- demográficas e epidemiológicas, através de um processo de territorialização e mapeamento da área;
- b) identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns às quais a sua população adscrita está exposta;
 - c) elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que coloca em risco a saúde;
 - d) realizar ações de cuidado integral, conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas em protocolos municipais, de acordo com a qualificação de cada profissional, nas diferentes fases do ciclo da vida;
 - e) valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
 - f) resolver os problemas de saúde do nível de atenção básica e encaminhamentos necessários;
 - g) garantir acesso à comunidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
 - h) prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalista;
 - i) realizar busca ativa de casos, como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico;
 - j) coordenar, participar e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
 - k) promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
 - l) fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (SUS);
 - m) incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade no Conselho Local e Municipal de Saúde.

Sendo assim, o profissional de uma equipe de Saúde da Família deve centrar-se na saúde como um todo – social cultural e político – desenvolvendo um

papel articulador, negociador e mediador no que se refere às diversas instâncias e aos setores envolvidos na atenção à saúde da população.

A seguir passaremos a descrever sobre a sistematização da prática de estágio.

3 SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ESTÁGIO

No segundo e último capítulo será apresentada a prática de estágio da acadêmica. Inicialmente faz-se a apresentação do campo de estágio, bem como o Serviço Social no HRSJ. Juntamente com a descrita vivenciada pale acadêmica no setor da Clínica Médica.

3.1 BREVE APRESENTAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DOUTOR HOMERO DE MIRANDA GOMES DE SÃO JOSÉ E DO SERVIÇO SOCIAL

De acordo com Barreto, Doutor Homero de Miranda Gomes nasceu em Ouro Fino, Estado de Minas Gerais, no dia 2 de maio de 1913, filho de Eurico Miranda Gomes e Alice Osório de Miranda Gomes. Faleceu em Florianópolis, no dia 6 de abril de 1980, onde completou o estudo primário e secundário. Posteriormente, tornou-se médico pela Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, especializando-se em Dermatologia e Leprologia. Por este motivo foi convidado pelo então Governador do Estado de Santa Catarina, Nereu Ramos, no início da década de 1940, para fazer parte do corpo clínico do Hospital Colônia Santa Tereza, especializado no tratamento da hanseníase. Também foi médico do IPASE – Instituto de Previdência dos Servidores, LBA – Legião Brasileira de Assistência, e do INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social.

Durante a Segunda Guerra Mundial, serviu como Tenente Médico da Reserva da Aeronáutica em missões de patrulhamento aéreo do litoral brasileiro. Sua profunda e fervorosa fé católica o levou a praticar um intenso trabalho não remunerado como médico dos pobres e humildes, que ao longo dos anos o projetou na política, exercendo cargos de prefeito de São José (1956 a 1960) e deputado estadual por duas legislaturas (1970 a 1974 e 1974 a 1978).

O Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes foi inaugurado em 25 de fevereiro de 1987, e ativado no dia 2 de março do mesmo ano. Foram ativados trinta e seis leitos de maternidade em regime de alojamento conjunto

na unidade de internação obstétrica, unidade de neonatologia, banco de leite humano, triagem obstétrica, emergência e setor de treinamento sendo que o centro cirúrgico funcionava conjuntamente com o centro obstétrico. Em março de 1987, o Hospital Regional de São José contava com 86 funcionários na área de enfermagem e ao final do ano eram 173 funcionários. Em 2 de novembro de 1987, foi ativado o centro cirúrgico com a abertura de três salas cirúrgicas para atendimento à ginecologia e obstetrícia e, em dezembro do mesmo ano, foi inaugurado o serviço de emergência sendo, então, deslocada a triagem obstétrica para o setor onde mais tarde funcionaria o ambulatório.

Simultaneamente à abertura da emergência geral foi também inaugurado o serviço de emergência pediátrica, o qual funcionava na mesma área física da emergência geral. Em dezembro de 1987, foram atendidos um mil e oitenta e dois usuários sendo que em novembro de 1988 este número já era de sete mil trezentos e trinta e três atendimentos. A unidade de clínica cirúrgica foi inaugurada em 8 de fevereiro de 1988, dispondo de quarenta leitos, sendo divididos entre usuários clínicos (dezesesseis leitos), cirúrgicos (vinte e dois leitos) e mais dois apartamentos a serem ocupados pela demanda de ambas as clínicas.

Em 26 de fevereiro de 1988, foi ativado o serviço de UTI, inicialmente com quatro leitos. Quatro meses depois foi inaugurado o ambulatório geral, dispondo das seguintes especialidades: oftalmologia, urologia, clínica cirúrgica, clínica médica, e cirurgia vascular. A unidade de clínica médica foi aberta em 30 de agosto de 1988, em funcionamento no quinto andar (Ala A), contando com 18 leitos, sendo expandido para 23 no mês seguinte.

No Hospital Regional de São José observa-se que o assistente social é visto como profissional de saúde que atua junto aos fenômenos sociais, culturais e econômicos, seja no nível de promoção, prevenção e ou recuperação da saúde.

Portanto o assistente social é um profissional de saúde que vem colaborar na posição que emerge a categoria, fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão que se consolida na efetivação do projeto ético político.

O setor de Serviço Social encontra-se subordinado à gerência administrativa do Hospital Regional de São José. Possui atualmente em seu quadro de profissionais cinco assistentes sociais que se dividem entre as unidades de internação do hospitalar, revezam-se nas horas plantões e nos programas nele desenvolvidos, procurando atender a demanda interna e externa. O setor de Serviço

Social conta também com uma escrituraria que desenvolve um trabalho de apoio administrativo e recepção.

Algumas leis embasam o exercício profissional como instrumentos de trabalhos. A Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993, regulamenta o exercício da profissão do Serviço Social.

Esta lei estabelece novas atribuições e compromissos para o Serviço Social. O profissional de Serviço Social está presente em instituições públicas, filantrópicas e privadas de âmbito federal, estadual e municipal, empresas, organizações populares, entidades e organizações não governamentais e instituições de ensino e pesquisa em Serviço Social.

O Código de Ética do Assistente Social, instituído em 1993, é baseado em valores humanistas que devem nortear a prática cotidiana dos profissionais e tem como princípios:

- a) a defesa da liberdade como valor ético central, que requer o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais e de seus direitos;
- b) a defesa intransigente dos direitos humanos contra todo o tipo de arbítrio e autoritarismo;
- c) a defesa aprofundamento e consolidação da cidadania e democracia, da socialização, da participação política e da riqueza produzida;
- d) o posicionamento a favor da equidade e da justiça social, que implica a universalidade no acesso a bens e serviços e a gestão democrática;
- e) o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e a garantia do pluralismo;
- f) o compromisso com a qualidade dos serviços prestados na articulação com outros profissionais e trabalhadores.

Considerando o objeto de intervenção profissional, a questão social, e suas múltiplas determinações na vida social, a profissão intervém através da mediação das políticas sociais demandadas pela população.

Segundo Yamamoto,

A questão social diz respeito ao conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a mediação do estado. Expressa, portanto, desigualdades econômicas,

políticas e culturais das classes sociais, midiáticas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. É a questão social, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra mulher, etc. Estas expressões da questão social são a matéria-prima ou o objetivo do trabalho profissional. Pesquisar e conhecer a realidade são conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretendem induzir ou impulsionar um processo de mudanças. (IAMAMOTO, 1997, p. 96).

A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece um novo modelo de política de saúde, caracterizando-a como uma política de cunho social, e dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e suas respectivas competências nos vários níveis de governo.

A Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, que define como formas de participação as conferências e os Conselhos Municipais de Saúde nos três níveis de governo, que são instâncias intermediadoras na relação Estado e sociedade. Especificamente em relação aos conselhos, a lei determina seu caráter permanente e deliberativo, tendo como função atuar na formulação de estratégias, no controle e execução da política de saúde, incluindo os aspectos financeiros.

É composto por quatro representações: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo a representação deste último obrigatoriamente paritário, em relação ao conjunto dos outros membros.

O Sistema Único de Saúde é uma formulação política organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988 e posteriormente às leis que a regulamentam. O SUS é, portanto, um novo sistema de saúde que está em construção.

O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual, e municipal. O SUS não é uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que integram para um fim comum.

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do Sistema Único de Saúde, se norteia pelos seguintes doutrinários:

- a) universalidade;

Todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, entre outros. A saúde é um direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal.

A Constituição brasileira institui o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento para determinar a dimensão do dever estatal no campo da saúde, de sorte a compreender o atendimento a brasileiros e a estrangeiros que estejam no país e aos nascidos, crianças, jovens e velhos.

A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao sistema único de saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos e também às populações isoladas geopoliticamente, os ribeirinhos, os indígenas, as minorias, os prisioneiros, os excluídos sociais.

Portanto o direito é para todos, universal, independente de qualquer situação em que se encontre o usuário.

b) equidade;

Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme sua necessidade.

No vocabulário do SUS, equidade diz respeito aos meios necessários para alcançar a igualdade, estando relacionada com a idéia de justiça social. Ou seja, condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos.

Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia.

O contrário de equidade é iniquidade no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade.

c) integralidade;

As ações de saúde devem ser combinadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura. Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença.

O indivíduo é um ser humano, social, cidadão que biologicamente, psicologicamente e socialmente está sujeito a risco de morte. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para sua saúde e não somente para a sua doença. Isso exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

d) resolutividade;

Eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco que esta população está exposta.

e) intersetorialidade;

Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

f) humanização do atendimento;

Responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade, desenvolvendo relações de vínculo entre as equipes de profissionais e a população garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

g) participação.

É a democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando e valorizando os profissionais de saúde e a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema de saúde.

Segundo Borja;

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com ele o Brasil passou a ter um sistema público de saúde único e universal, sendo o único a ter uma assistência gratuita e integral para toda população. (BORJA, 2003, p. 8).

No Hospital Regional de São José (HRSJ), o assistente social tem a atribuição como de elaborar, coordenar, executar e avaliar programas e projetos, que incorporam as demandas dos usuários do HRSJ, observando a política estabelecida pela direção do Hospital.

Segundo o plano de atuação do Serviço Social do Hospital Regional de São José este tem por objetivo:

- orientar os usuários (pacientes e familiares) quanto às rotinas hospitalares, os direitos sociais, os direitos previdenciários, entre outros; viabilizar o acesso das pessoas aos serviços sociais previstos em programas ligados à sociedade, educação, trabalho, entre outros;
- torna-se um mediador entre seus usuários e o Serviço Social via política pública, em especial, ou seja, permite o acesso à riqueza socialmente produzida;
- promover a inter-relação da política de saúde com as demais políticas públicas, em especial, a de assistência social, educação, trabalho, através da criação e desenvolvimento de programas, projetos, rotinas e ações direcionadas aos usuários;
- democratizar informações objetivando contribuir para ampliação do acesso aos programas em desenvolvimento na unidade de saúde, para a promoção de saúde, prevenção de riscos e danos e participação no tratamento, a partir da criação de espaços e ações individuais e coletivas sistemáticas e continuadas no interior das unidades de saúde e com os segmentos circunvizinhos às unidades de atenção básica;
- promover a participação efetiva da população dos usuários nas decisões institucionais quanto ao planejamento e a organização serviços através da criação de mecanismos eventuais que possibilitem a população participarem e aprenderem a dinâmica institucional;
- realizar levantamentos, estudos, pesquisas, que contribuam para a análise da realidade social específica e identificação dos pontos críticos na organização e funcionamento da unidade de saúde de

forma a subsidiar as ações multiprofissionais, os projetos como por exemplos: Realização de estudo do perfil da população usuária da unidade ou de algum programa de saúde específico para identificação das necessidades de saúde e demandas dos usuários: levantamentos e pesquisas que identifiquem fatores relacionados ao processo saúde-doença dos usuários das unidades- programas; avaliação de serviços; Identificação de demandas; assessorar a direção, chefias, coordenação e serviços da unidade através de estudos e pareceres sociais;

- realizar estudos sócios- econômicos objetivando o acesso ao benefício garantido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS.

3.2 A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ

Como já foi mencionado neste trabalho, a prática profissional foi vivenciada e realizada no terceiro andar da clínica médica do HRSJ, entre julho de 2008 e junho de 2009. Neste período, observou-se que o usuário chega ao hospital muito fragilizado, necessitando de um acolhimento inicial e atendimento especial.

Na maioria das vezes, chega desacompanhado, sendo necessário ao Serviço Social buscar contato com os familiares e/o contato com as equipes de PSF do município em que reside para obter mais informações referentes ao acompanhamento.

Em nossas observações no setor de clínica médica do Hospital Regional de São José, ressalta-se que muitos usuários, após terem alta, retornam ao hospital. Os motivos são os mais variados, entre eles podemos citar: a falta de auxílio de um cuidador para dar continuidade ao tratamento pós-hospitalar, e a falta de recursos financeiros, muitas vezes a pensão ou aposentadoria é insuficiente para sua manutenção. Existem ainda aqueles que regressam apenas no intuito de serem acolhidos, buscam atenção e escuta qualificada.

O atendimento individualizado faz parte do processo de trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no Hospital Regional Doutor Homero de Miranda Gomes. O mesmo se dá, inicialmente, através do acolhimento, que é um instrumento de atuação usado para o primeiro contato com o usuário, no qual se realiza a troca de informações, reconhece o usuário como sujeito autônomo com o direito de decidir e opinar.

Para Franco e Merhty,

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esse serviço para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (FRANCO E MERHY, 1999, p. 53).

O acolhimento propõe uma nova forma de relacionamento entre profissional/usuário através de aspectos éticos, técnicos, humanitários e que reconheça o usuário como sujeito participante ativo do processo. Esta intervenção para o Serviço Social realiza-se de forma natural, uma vez que é inerente ao processo de trabalho do assistente social conforme reconhece o Projeto Ético Político da profissão, evidenciando os valores éticos centrais como autonomia, emancipação, direitos humanos, ampliação da cidadania, eliminação de preconceitos.

Na realização das ações profissionais, no setor da clínica médica do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes, estabelece-se um primeiro contato com o usuário internado visando proporcionar o acolhimento inicial. Este é um momento de fundamental importância, pois se constitui no início do vínculo entre o futuro profissional e o usuário.

Pode-se observar o fato a partir do relato do atendimento que se segue:

Estagiária:

— Bom dia, sou estagiária de Serviço Social, visito os usuários em seus leitos para saber como estão e se estão necessitando de algo que eu possa intervir.

Usuário:

— Bom dia, muito obrigado pela sua atenção, se eu precisar de algo pode chamar.

Neste momento de acolhida e, também, período de escuta, leva-se em média 30 a 40 minutos de diálogo com o usuário. Percebe-se, na maioria das vezes que o usuário sente-se mais tranqüilo por ter alguém com quem possa contar, pois com a hospitalização este passa a fazer parte de um novo meio social, o hospital. Também passa a conviver com a equipe de saúde a qual, a partir desse momento, desempenhará um papel muito importante e imprescindível em sua vida. Serão pessoas desconhecidas a fazer parte desse novo cotidiano, num ambiente muitas vezes avesso à vontade do usuário.

Muitas vezes é necessário dar ao usuário não somente tratamento curativo que veio buscar, mas a noção de cidadania, ou seja, o exercício de seus direitos. Direitos estes que estão garantidos por lei, mas que, na prática, não acontecer.

Posteriormente, é feita a identificação do usuário através do censo do setor da clínica médica, onde consta o nome completo do usuário, data de entrada no hospital, idade e outros.

Para complementar estas informações, busca-se no prontuário do usuário informações complementares como município onde residem, telefone e dados clínicos para facilitar no momento da entrevista. A entrevista é feita no leito do usuário, individual ou coletiva, quando a família encontra-se presente.

Segundo Silveira,

Entrevista é a relação direta entre o assistente social e o usuário através do dialogo assim haver reciprocidade entre fala e escuta. É uma relação interpessoal e de intersubjetividade. É o encontro de duas subjetividades focalizando um mesmo objetivo de interesse imediato do usuário. A entrevista pode ser individual ou coletiva, aberta ou fechada, e ainda, semiaberta. (SILVEIRA, 2006 p.08).

Em alguns atendimentos, durante a entrevista, muitos usuários ficavam em silêncio, somente balbuciavam algumas palavras e faziam alguns gestos. Nesse caso, procurava-se respeitar o momento do usuário retornando em outro instante. Pode-se evidenciar isto a partir do relato a seguir.

Estagiária:

— Bom dia, sou estagiária de Serviço Social, gostaria de saber como o Senhor está passando, se a sua família está acompanhando ou visitando, enfim, se o Senhor está precisando de alguma coisa.

No primeiro momento o usuário não se manifestou, manteve-se em silêncio.

Estagiária:

— Se o Senhor não quer falar agora, tudo bem, eu volto mais tarde.

Passado algumas horas, retornou-se ao leito do Senhor M.

Estagiária:

— Oi Senhor M. eu disse que voltaria para falar com o Senhor. Pode ser agora?

Usuário:

— Sim pode ser

Estagiária:

— A sua família está acompanhando ou visitando o Senhor?

Usuário:

— Não tem ninguém me acompanhando, estou sozinho, gostaria muito de passar o final de semana em casa, será que posso ir?

Estagiária:

— Senhor M. vou verificar se isso é possível, irei falar com o seu médico.

Foi feito contato com o médico e o mesmo explicou que não seria possível devido o seu estado clínico. Buscou-se contato com o município de Palhoça, onde reside o Senhor M. para falar com a Equipe de Saúde da Família, explicando a situação vivenciada pelo usuário, um idoso de 67 anos, desacompanhado da família e sem receber visitas. A enfermeira da Equipe de Saúde Família do município retornou a ligação no final da manhã, e informou ter realizado uma visita domiciliar. Relatou que a esposa do Senhor M. tem perda de 90% da visão e a filha que reside com eles estava cuidando da mãe. Gostaria de visitar o pai, mas a falta de condições financeiras a impedia de comprar uma passagem de ônibus. Senhor M. tem mais dois filhos de outro relacionamento, mas os mesmos não queriam se comprometer com os cuidados do pai. A enfermeira responsável pela equipe de Estratégia de Saúde da Família do município agendou o transporte para a filha fazer uma visita ao Senhor M. no hospital uma vez por semana juntamente com um dos seus familiares.

Estagiária:

— Senhor M., eu conversei com o médico e, no momento, o Senhor não poderá ir para casa, mas a sua família virá visitá-lo uma vez por semana.

Senhor M. sorriu e agradeceu.

Casos como este eram comuns no cotidiano da prática profissional do Serviço Social na área hospitalar.

A interdisciplinaridade é o diferencial para um bom profissional nos dias de hoje, já que demonstra sua capacidade de relacionamento com pessoas de outras áreas na busca de informações e, principalmente, no trabalho em equipe.

Muitas vezes, constatou-se a ausência dos familiares no período de internação do usuário, algumas famílias não têm condições de acompanhar seus familiares como no caso relatado anteriormente. Em outros momentos, os usuários não tinham filhos, somente irmãos que, na maioria das vezes, não queriam assumir o papel de cuidadores. A grande maioria dos acompanhantes era do sexo feminino, pois não tinham vínculo empregatício, facilitando assim o acompanhamento no período de internação.

Percebe-se a grande importância do envolvimento dos familiares no período de internação do usuário, pois a presença de alguém querido faz com que o usuário tenha mais confiança em sua recuperação, com a certeza de que existe alguém esperando por sua melhora e/ou cura.

Na concepção de Yolanda Guerra instrumentalidade é:

“(...) uso daqueles meios e instrumentos imprescindíveis ao agir profissional, através dos quais os assistentes sociais podem passar de mera intencionalidade (finalidades, teleologia ou prévia- ideiação) para a efetivação de ações profissionais”. (GUERRA, 2000, p. 9).

Então, instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais e por meio da instrumentalidade que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições de objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social.

O Serviço Social compreendido como um trabalho rompe com aquelas concepções que consideram a profissão como decorrência da caridade. A diferença entre as atividades caritativas e o Serviço Social se localiza nas dimensões

inerentes à formação profissional, quais sejam: ético-político, técnico-operativo (instrumental) e o teórico-metodológico.

O Serviço Social tem sua base de sustentação e de intervenção vinculada à mediação que realiza em instituições de caráter público, privado ou entidades filantrópicas, para tal atividade, além dos relatórios são utilizados a entrevista, visita domiciliar entre outros instrumentos técnico-operativos que fundamenta a prática profissional no cotidiano.

Na prática profissional, as mediações entre a elaboração teórica, a projeção e a intervenção se dão de maneira complexa: têm que responder a questões muito concretas, socioeconômicas e políticas de uma sociedade extremamente diversificada, colocando-se diante de problemas muito específicos.

Nesse espaço, o profissional não tem apenas que analisar o que acontece, mas tem que estabelecer uma crítica, tomar uma posição e decidir por um determinado tipo de intervenção. Na sua forma particular de conhecimento voltado para a prática, ao conhecer a realidade, vai construindo no pensamento um projeto de ação, vai emergindo uma maneira peculiar de ver problemas e construir, lançando mão do desenvolvimento teórico e de aplicações tecnológicas.

Nesse cotidiano, situações comuns, fatos e relações, com sua história e seu sistema de tipificações e relevâncias, determinam interpretações norteadas por uma concepção relativamente natural do mundo comum aos diferentes membros da categoria profissional e aos que se relacionam com o assistente social.

O Serviço Social, como as demais profissões na medida em que se refazem e se reconstróem as relações na sociedade, vai se reconstruindo e se refazendo, muito embora, nesse processo as ações individuais podem assumir as dimensões de síntese resultante do processo coletivo de elaboração de conhecimento e práticas desenvolvidas pelas categorias e de criação de novas propostas e de novos conhecimentos.

A atuação do Serviço Social na área hospitalar se refere às atribuições específicas que influenciam diretamente nos problemas e dificuldades apresentados pelo usuário ou familiar e que diz respeito à área das necessidades humanas e sociais.

O aspecto humano do cuidado, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implantado. A rotina diária e complexa, que envolve o ambiente hospitalar, faz

com que os membros da equipe de saúde, na maioria das vezes, se esqueçam de conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente.

Na clínica médica do Hospital Regional, podemos constatar que três doenças crônicas são as principais causas de intervenção e reinternação dos usuários naquela instituição.

Cabe aqui ressaltar alguns conceitos sobre estas doenças que podem começar na infância. No entanto, nunca é tarde para adquirirmos uma mentalidade preventiva e promover a saúde. Para isso, é fundamental aprender a reconhecer as alterações que são anormais ou patológicas destas doenças e como preveni-las.

a) diabetes mellitus;

Pode-se afirmar, segundo autores, que o diabetes mellitus é uma condição no qual, por falta de um hormônio chamado insulina, ocorre no sangue o aumento de um açúcar chamado glicose.

O nível normal de glicose no sangue é entre 60 e 100 mg/dl. As pessoas que apresentam taxas de glicose acima desse valor têm diabetes mellitus. Os principais sintomas da doença são: muita sede, fome, emagrecimento, lento processo de cicatrização, fraqueza, dormência nas mãos e pés, urinar em demasia.

De acordo com o Ministério da Saúde,

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbio da secreção da insulina, entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 9).

O envelhecimento da população, a urbanização crescente, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes independentemente da idade.

O cuidado integral ao usuário com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde multiprofissional especialmente para poder orientar o usuário a refletir sobre seu hábito de vida, o que está diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deve aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que tenha como objetivo qualidade de vida e autonomia.

b) hipertensão arterial:

A hipertensão arterial é a condição em que a pressão sanguínea de uma pessoa mantém-se persistentemente acima do normal. Embora a pressão sanguínea varie de pessoa para pessoa.

Conforme o Ministério da Saúde;

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 10).

Os profissionais de saúde têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o usuário hipertenso de como seguir o tratamento.

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do usuário em não abandonar o tratamento é uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao usuários hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que grande parte dos usuários hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

c) DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica);

A Asma é uma doença na qual o usuário apresenta dificuldades para respirar. Além do aperto no peito com a falta de ar, outros sintomas são tosse seca e vômito. Uma crise de asma pode começar subitamente e ser prolongada e agravada pela preocupação e pelo medo.

Segundo o Ministério da Saúde;

“A asma é uma condição em que a inflamação das vias aéreas provoca o aumento de sua sensibilidade a fatores específicos (desencadeadores ou gatilhos) ocasionando então o estreitamento das vias aéreas, reduzindo assim o fluxo de ar que passa por elas, fazendo com que a pessoa sinta falta de ar com chiados”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 12).

A asma, muitas vezes, ocorre como uma reação alérgica, mais pode ser causada também pela infecção do sistema respiratório. Se não for bem controlada, a asma pode ocasionar complicações como o enfisema pulmonar, a bronquite, a pneumonia bronquial e os ataques freqüentes podem resultar em bronquites crônicas.

De acordo com Bolner,

Bronquite é uma inflamação dos brônquios que congestionados impedem a passagem de ar para os pulmões. A bronquite freqüentemente vem após um resfriado comum, ou qualquer infecção do nariz ou da garganta. Ela pode ser aguda ou crônica. A bronquite crônica é causada por ataques repentinos de bronquite aguda e pode ser agravada pelas condições ambientais. (BOLNER, 2006, p. 17).

As doenças crônicas, como não têm cura, são tratadas de maneira a evitar o aparecimento de seqüelas. Tal controle torna-se irrealizável se o usuário não for instruído sobre a natureza ou gravidade da doença, os princípios em que se fundamenta seu tratamento e as vantagens do acompanhamento adequado bem como os riscos da falta desse acompanhamento.

O assistente social no Hospital Regional de São José percebe o usuário de maneira tridimensional, ou seja, considerando seu aspecto biopsicossocial, pois o homem é um ser biológico, já que possui um corpo de onde se originam as necessidades e as exigências vitais para o seu funcionamento; e é um ser psíquico porque pensa e sente é um ser social, porque desempenham papéis na sociedade, relacionando-se com seu semelhante através do seu corpo.

A contribuição do Serviço Social na articulação com o Programa de Estratégia Saúde da Família se tornar um novo desafio a ser trabalhado com mais profissionais da saúde por meio de uma dinâmica multiprofissional.

Como prática profissional de caráter investigativo-interventivo, o Serviço Social atua junto a Política de Assistência Social como direito de cidadania, na direção da universalização dos direitos sociais, tendo as questões sociais e suas múltiplas determinações como objeto de intervenção.

Com o processo de municipalização das políticas sociais públicas, o assistente social passa a assimilar novas funções, crescendo assim suas possibilidades de intervenção de seus desafios na construção de novas praticas de saberes.

O trabalho do Assistente Social, na unidade hospitalar, deve ser educativo e transformador e se torna imprescindível, pois esse profissional é o mais indicado para ser o mediador da rede de relações, visto que busca sempre envolver todos os sujeitos inseridos nesse processo.

Segundo Iamamoto,

O Serviço Social é necessário porque ele atua sobre questões que dizem respeito à sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora. Viabiliza o acesso não só a recursos materiais, mas as ações implementadas incidem sobre as condições de sobrevivência social dessa população. (IAMAMOTO, 1999, p. 67).

No campo da Atenção Primária à Saúde, a Saúde da Família como estratégia estruturante do SUS, vem sendo um espaço de grande aprendizado para o assistente social podendo assim agregar seus conhecimentos teórico-metodológicos ao de outros profissionais e contribuindo para a inversão do modelo de atenção a saúde.

A concepção abrangente de saúde assumida na Constituição de 1988, através da determinação da implementação do SUS, foi um importante passo para uma mudança significativa no modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde da população brasileira. Ao suprimir, ainda que inicialmente em termos discursivos, a existência de um modelo centrado na doença, deu margem para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, pautado em princípios doutrinários jurídico-legais asseguradores de práticas de saúde que respondam não às ações de proteção e recuperação da saúde como referenciais capazes de suprir as necessidades de saúde do povo brasileiro, entendendo que,

“A promoção da saúde se faz por meio de educação, da adoção de estilo de vida saudável do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção em ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto a eficácia da sociedade em garantir a implementação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde”. (MATTOS, 2005, p. 221).

Verifica-se que o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e educação.

Atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada à integralidade tem merecido destaque. Destaque por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito a saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em um mundo pretensamente globalizado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso possibilitou, a partir da experiência de estágio vivenciada, verificar a atuação do Serviço Social em uma instituição pública de saúde.

Pode-se averiguar que os profissionais de Serviço Social embasam sua atuação no projeto ético-político da profissão, e na Lei n.º 8.080/90, que regulamenta a política de saúde no Brasil.

As atividades desenvolvidas estão voltadas ao acesso às informações, respeito aos direitos sociais, autonomia, participação social, além da concepção saúde ampliada, levando em consideração toda estrutura e contexto ao qual está inserido o usuário, desde suas condições de alimentação, lazer, educação, transporte, entre outros.

O Serviço Social desenvolve ações, principalmente, de caráter sócio-educativo, buscando viabilizar o acesso a direitos sociais, com objetivo de efetivar os direitos que devem ser garantidos pelo Estado.

É possível constatar, que o assistente social é um profissional que exerce papel fundamental no âmbito hospitalar, e apresenta-se como um profissional habilitado, atualizado, qualificado com competências técnicas particulares para contribuir com os demais profissionais no processo de recuperação da saúde.

O assistente social, como categoria, lida com as múltiplas expressões da questão social na vida cotidiana, o que permite dispor de um acervo privilegiado de dados e informações sobre várias formas de manifestação das desigualdades, da exclusão social.

A área hospitalar é um campo muito rico para a atuação do Serviço Social, pois o profissional terá oportunidade de intervir nos determinantes sociais que permeiam o processo saúde/doença. São várias as questões que podem ser trabalhadas pelo assistente social na área da saúde, como aquelas trazidas pelos usuários na hora da hospitalização, as quais podem ser de cunho social, econômico, emocional, ou outros. E ainda aquelas apresentadas por seus familiares, como a dificuldade de permanecerem por muito tempo acompanhando ou visitando seu parente e/ou amigo internado.

O assistente social na Estratégia de Saúde da Família não somente é necessário, mas indispensável para o alcance da integralidade, partindo da lógica

que os serviços de saúde melhoram na mesma proporção da existência de compreensão sobre a competência de cada profissional nas suas ações, dos mesmos em equipe, e da complexidade do processo saúde/doença, além do que isto representa para as pessoas atendidas e para os profissionais.

O que se pretende com este trabalho não é criar uma nova utopia e, sim, gerar novas reflexões sobre o Programa de Estratégia de Saúde da Família e o Serviço Social para assim garantir um melhor acesso da população a estes serviços tornando possível a integralidade na assistência a saúde.

Desta forma, o assistente social luta perante a sociedade para que seja possível construir um novo cenário, onde o respeito às diferenças seja o valor fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional:** novos subsídios para o debate. Recife, 1996.

BRASIL. Lei Orgânica de Saúde n. 8.080/90 e Lei Contemplar de n.8142/90. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica.** n. 15. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** Brasília, 1998.

BOLNER, Ane Rose. **Diretrizes para a Utilização de Leitura Médica:** fundamento para a prática clínica da medicina. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete da. **Serviço social e saúde:** Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, Maria Eliana (Orgs.). **Sistemas de saúde:** continuidades e mudanças. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CABRAL, Maria do Socorro Reis e DOMINGOS, Sérgio. A previdência social e a revisão constitucional. In: **Serviço Social e Sociedade.** n. 44, São Paulo: Ed. Cortez, 1994.

COSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Intervenção profissional do assistente Social no campo da saúde.** Brasília, 1990.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S. e MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** O caso de Betim. Minas Gerais: Cadernos de Saúde Pública, 1999.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva e MERHY, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** o caso de Betim. Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 1999, vol. 15, n. 2.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GENTILLI, Raquel. **Representações e práticas**. São Paulo: Veras, 1998.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do serviço social**. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. **Instrumentalidade do Processo de trabalho e assistência social**. São Paulo, Ed. Cortez, 2000.

_____. **Mediação e Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social**. Brasília: UNB, 2000.

_____. **Serviço Social e Sociedade: processo de trabalho e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: Argos, 2005.

MAGALHÃES, Selma Marques. **Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres**. São Paulo: Veras, 2003.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. In: **O capital**. São Paulo: Difel, 1987.

OLIVEIRA, J. A. A. TEIXEIRA, S. M. F. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo; Ed. Cortez, 2007.

PALHOÇA, Prefeitura Municipal de. Secretária de Saúde e Medicina Preventiva. Coordenação da Estratégia de Saúde da Família. **Protocolo de Funcionamento para as Unidades de Saúde da Família**. Palhoça, SC, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

RAUEN, Fábio José. **Roteiros de investigação científica**. Tubarão: Ed. UNISUL, 2002.

SAMPAIO, L. F.R; LIMA, P. G. A. **XXXXXXXX de Apoio ao Programa Saúde da Família**. 2004. Disponível em: <www.itd.bvs.br>. Acessado em: 29 out. 2009.

SILVEIRA, Darlene de Moraes. **Expressões da questão Social. Apontamentos de sala de aula da disciplina Processo de Trabalho em Serviço Social e II**. 2006.

SZYMANSKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 71, p. 9-25, set. 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social cotidiana, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo, Ed. Cortez, 2002.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.