

**UNIVERSIDADE TIRADENTES**

**SERVIÇO SOCIAL**

**KIMBERLLY RAFAELLY CARVALHO DOS SANTOS**

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO I E II**

**ARACAJU**

2017

KIMBERLLY RAFAELLY CARVALHO DOS SANTOS

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO I e II

Relatório apresentado à Universidade Tiradentes como um dos pré-requisitos para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Esp. Fernanda Silva

ARACAJU

2017

## **IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA**

### **Disciplina: Estágio Supervisionado I**

Nome do professor responsável pela disciplina: Tatiana Ferreira Santos

Supervisora Acadêmica: Prof.<sup>a</sup> Esp. Fernanda Silva Nascimento

Supervisora de Campo: Débora Cristina Rocha dos Santos

Carga horária: 200 horas

### **Disciplina: Estágio Supervisionado II**

Nome do professor responsável pela disciplina: Tatiana Ferreira Santos

Supervisora Acadêmica: Prof.<sup>a</sup> Esp. Fernanda Silva Nascimento

Supervisora de Campo: Débora Cristina Rocha dos Santos

Carga horária: 200 horas

## **IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Nome completo: Nefroclínica

Horário de funcionamento: 07:00 às 22:00 horas

Endereço completo: rua Lagarto, nº 1784 - bairro São José

Fone: 79 4009-9800

Aos melhores do mundo, meus pais.

(Autora)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir chegar até aqui e concluir satisfatoriamente mis uma etapa desta minha caminhada que está apenas começando. Agradeço ao meu pai Antonio e a minha mãe Rubia por toda dedicação e esforço feito para que eu tivesse acesso às melhores fontes de estudo e por acreditarem tanto no meu potencial. Tudo por vocês e para vocês, não esquecendo do meu irmão Anthony. Sou grata ao meu namorado David, meu grande amigo e companheiro, por toda compreensão, apoio, incentivo, paciência e por ser um quebra-galhos, principalmente nos momentos de estresse (risos). EU AMO VOCÊS.

Sou grata às minhas amigas e companheiras de turma, Hortência, Nalldyr e Lôyane. Obrigada, meninas, pela amizade e por todos os momentos que passamos juntas. Desejo que todas tenhamos muito sucesso e êxito em nossa caminhada profissional.

Não posso deixar de agradecer a minha supervisora acadêmica Fernanda Nascimento por toda dedicação e compromisso, por repassar seus conhecimentos da melhor forma possível. Quanto a minha supervisora de campo Débora Cristina Rocha Santos, todo agradecimento é pouco, foi o melhor exemplo de profissional competente e ética que pude ter como referência.

Não poderia deixar de agradecer à família Nefroclínica pela oportunidade de estágio e por me acolherem tão bem, em especial a psicóloga Ana Carine Sattler Maia, por aceitar o convite para participar do projeto de intervenção. Obrigada “Aninha”.

Por fim, agradecer aos queridos pacientes, peças principais e fonte de muito aprendizado tanto para a vida profissional quanto pessoal, muito obrigada por me receberem tão bem, por todo carinho e palavras de incentivo a mim direcionadas.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	
	2.1 As expressões da Questão Social e a política objeto de estágio.....	11
	2.2 Reconhecimento do espaço institucional.....	18
	2.3 Serviço Social na Instituição.....	24
	2.4 Diagnóstico.....	28
3	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOCIAL	
	3.1 Abrangência do projeto.....	32
	3.2 Resumo.....	33
	3.3 Participantes.....	33
	3.4 Justificativa.....	33
	3.5 Objetivos.....	34
	3.5.1 Objetivo Geral.....	34
	3.5.2 Objetivos Específicos.....	35
	3.6 Metodologia.....	35
	3.7 Equipe de Trabalho.....	36
	3.8 Divulgação do Projeto.....	36
	3.9 Interação do Projeto com outras Políticas Públicas.....	37
	3.10 Orçamento.....	37
	3.11 Avaliação.....	37
4	SISTEMÁTICA DE OPERACIONALIZAÇÃO.....	38
5	ANÁLISE E SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA.....	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45

APÊNDICES.....	47
ANEXOS.....	59

## 1 INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo apresentar o trabalho final de todas as atividades realizadas para a disciplina de Estágio Supervisionado I e II, do curso de Serviço Social. O estágio I, realizado na Instituição Nefroclínica, no período de 06/08/2016 a 05/12/2016 e, o estágio II, efetivado em 06/02/2017 a 08/07/2017, obtiveram a carga horária de 200 horas.

Entende-se por estágio supervisionado um conjunto de atividades que incluem formação, pesquisa e prestação de serviço à sociedade, com o objetivo de proporcionar ao aluno a compreensão da realidade e aprendizagem das competências atribuídas à profissão, de acordo com a Política Nacional de Estágio (PNE), estabelecida pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). O estágio supervisionado ocorre sob orientação e supervisão de um profissional graduado no curso de Serviço Social, conforme previsto na Lei 8.662/93 – Lei de Regulamentação Profissional em seu Art. 5º quando discorre sobre as atribuições privativas do Assistente Social.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (BRASIL, 1993).

Dentre as atribuições privativas do assistente social instituídas pela lei de regulamentação da profissão está a supervisão de estagiários, ou seja, no momento em que o aluno entra em contato direto com a prática profissional, é impreterivelmente necessária a supervisão de um profissional graduado em Serviço Social.

Neste documento serão apresentadas todas as atividades realizadas pelo aluno durante o Estágio Supervisionado I, sendo elas: o estudo da política setorial que rege a instituição escolhida e as expressões da questão social que nesta apresentam; o reconhecimento do espaço institucional envolvendo estrutura física, equipe de colaboradores e o perfil dos usuários e,

por último, o serviço social na instituição e o diagnóstico social do bairro onde se localiza a instituição.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

### 2.1 As expressões da questão social e a política objeto de estágio

No Brasil, as primeiras políticas públicas de proteção social começaram a surgir após o processo de industrialização, entre o final do século XIX e começo do século XX. No período da República Velha, a saúde não era vista enquanto direito social e estava diretamente relacionada às questões econômicas. Conforme Souza (2003, p. 89), “No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal”, ou seja, era de interesse da burguesia manter o trabalhador sadio para desenvolver suas atividades e manter a produção, que no momento ainda era o regime agrário. Caso o cidadão não tivesse vínculo empregatício, só tinha acesso à saúde através da caridade.

Conforme dito acima, o Estado começou a intervir na saúde a partir do século XX. Esse foi um momento em que ocorreu um movimento para mudanças sanitárias, onde é criado, em 1921, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) sob direção de Oswaldo Cruz, que instituiu um novo modelo sanitarista a fim de cessar as endemias urbanas e criou o Código de Saúde Pública responsável pelos serviços sanitários e de profilaxia.

No que tange à saúde liberal, a Lei Eloy Chaves, de 1923, cria a base previdenciária brasileira, com a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs). BRAVO (2003, p. 90) “As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las”. O esquema das CAPs era restritamente ligado aos trabalhadores com vínculo empregatício e contribuintes, uma espécie de saúde previdenciária e liberal onde os benefícios, conforme a autora, eram proporcionais à contribuição, sendo eles a assistência médica, os medicamentos, a aposentadoria por tempo de serviço, invalidez e velhice, e por fim, a pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Na década de 30, Getúlio Vargas inicia seu governo e uma das primeiras providências foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP); posteriormente, em 1933, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), administrado pelo Estado, tornando-se um novo modelo previdenciário que chega para substituir as CAPs com o intuito de abranger os serviços de saúde a uma maior quantidade de assalariados. Já na década de 40, os órgãos estaduais de saúde foram reestruturados, e as ações relacionadas a saúde passaram a ser coordenadas pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Ainda neste período foi criado o Serviço

Especial de Saúde Pública (SESP), que atuou no combate à malária e em 1953 ocorreu a criação do Ministério da Saúde, desvinculado da educação.

A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com a saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. (BRAVO, 2003, p.92).

Observa-se que apesar dos avanços e investimentos na política de saúde entre as décadas 40 e 60, não foi possível reduzir as taxas de infecções e mortalidade. Isso pode ser consequência do fato de a saúde estar dividida entre o binômio de saúde previdenciária e saúde pública, uma vez que a primeira tinha seus serviços mais organizados e de melhor qualidade em relação a segunda.

No que tange a saúde durante o Regime Militar (1964-1984), um momento bastante delicado para o país e de forte repressão, onde os problemas existentes não foram resolvidos, mas sim ampliados, houve a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), ato que aumentou o poder estatal e afastou os trabalhadores da gestão previdenciária, colocando-os somente na função de contribuintes. Segundo Oliveira e Teixeira (1986, p. 207) *apud* Bravo (2003, p.9 4), o período militar favoreceu o setor privado de várias formas; uma delas foi a “Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos”. Para os trabalhadores rurais, foi criado em 1973 o Fundo de assistência ao Trabalhador Rural (FUNRRURAL) e para os trabalhadores de carteira assinada o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Nesse período, a saúde mais uma vez ficou dividida entre a medicina previdenciária e a saúde pública. A primeira desenvolvia ações de saúde direcionadas aos trabalhadores formais e urbanos, já a segunda direcionava suas ações aos mais pobres e as zonas rurais, com o objetivo de prevenção, sob o comando do Ministério da Saúde.

Após o fim do governo militar, com a instituição da República Nova, a sociedade brasileira enfrenta alguns problemas como a profunda crise econômica. Em contrapartida, a saúde começa a ser discutida por diferentes representantes sociais junto aos governantes.

Na década de 80, surge o Movimento Pela Reforma Sanitarista, o qual tinha o propósito de buscar respostas para os problemas da saúde, foi o momento em que segundo BRAVO (2003,

p. 95) a “Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia”.

Neste sentido, a saúde começa a caminhar rumo à sua universalização, pois como citado acima, em meio a esta discussão, surgiu a proposta de uma Reforma Sanitária, objetivando uma vasta mudança na saúde pública do Brasil.

A reforma sanitária foi proposta num contexto de profundas mudanças, pois o país estava entrando na redemocratização e se recuperando do regime ditatorial. As intenções da reforma não eram somente transformações na saúde, mas também a consolidação da cidadania - um direito reprimido pelo governo que acabara. Assim, o movimento tinha o objetivo de transformar a saúde, melhorar as condições de vida da população e trouxe a máxima “Saúde e Cidadania” como seu tema.

Este grande movimento teve como marco inicial, em 1986, a VIII Conferência Nacional de saúde, um encontro entre vários representantes sociais e de categorias profissionais, para discutir as propostas de mudanças na saúde do Brasil.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998).

A reforma sanitária trouxe grandes e importantes transformações para a saúde brasileira, uma vez que teve suas propostas aprovadas pela Constituição Federal de 1988 e o relatório final da conferência forneceu fundamentos para a criação do Art. 196 da CF/88 que dispõe sobre a universalização da saúde, ou seja, após a promulgação constitucional a saúde ganha verdadeiramente novas direções.

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

A partir desse momento, todos os cidadãos têm direito à saúde pública, independentemente de contribuição, trabalhadores rurais ou urbanos. Os serviços de saúde assumiram caráter preventivo e/ou curativo.

Em detrimento da nova realidade, foi criado o Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Esse órgão é responsável pela universalização dos serviços de saúde, o qual todo e qualquer cidadão tem acesso aos serviços do setor, sem distinção ou regalias, de acordo com o princípio de equidade, cujo conceito será abordado adiante, e todos devem ser assistidos de acordo com suas necessidades, dentro dos limites e possibilidades do sistema.

Conforme a CF/88 em seu Artigo 195, o SUS é financiado pelos recursos orçamentários da seguridade social, da União, dos estados, dos municípios e cobre desde um simples atendimento ambulatorial até transplante de órgãos.

A saúde está incluída na tripartite da seguridade, junto à previdência e a assistência social. Segundo o Artigo 194 da CF/88, a seguridade é um apanhado de responsabilidades do Estado e da sociedade, que assegura os direitos relacionados à saúde, previdência e assistência social.

Os princípios gerais que regem o Sistema Único de Saúde estão descritos no Artigo 194 da Constituição, relativos a todos os serviços inclusos na seguridade social baseados em três princípios: o de universalização que corresponde ao acesso de todos, sem distinção aos serviços de saúde pública; o de equidade o qual descreve que as pessoas são diferentes e portam necessidades diferentes e por isso devem ser atendidas em condições de igualdade dentro de suas necessidades, “Como princípio complementar ao da igualdade significa tratar as diferenças em busca da igualdade” (ELIAS, 2008, p.14), ou seja, equidade não é sinônimo de igualdade mas, objetiva diminuir as desigualdades.

O terceiro princípio refere-se ao atendimento integral abrangente às necessidades gerais da população, incluindo processos curativos, preventivos, além de uma atenção à saúde individual e coletiva.

Em relação às diretrizes que norteiam a saúde, essas estão descritas no Artigo 198 da Constituição Federal/88:

Art.198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade. (BRASIL,1988).

O serviço público de saúde deve atuar de maneira descentralizada, de modo que cada categoria governamental tenha suas atribuições. O atendimento deve ser igualitário e com prioridade em alguns casos, porém sem comprometer os demais serviços, tendo ainda o dever de abrir caminhos para a participação da população em sua gestão.

Como dito, as esferas de governo devem financiar o SUS e ainda contribuir para a realização das Conferências de saúde e Criação dos Conselhos de Saúde, conforme a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a qual também estabelece a importância da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e nos recursos financeiros destinados ao setor.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990).

As Conferências e Conselhos de saúde são de grande importância, pois são meios de inserção da comunidade nas discussões, a respeito da política de saúde, através de reuniões, palestras e oficinas, como previsto na referida lei.

Neste contexto será abordada a relação da instituição Nefroclínica e a política que rege o seu funcionamento. Trata-se de uma clínica privada, com fins lucrativos, que atende a convênios particulares, mas também é associada ao Sistema Único de Saúde. Apesar de contraditório, a dupla prestação de serviços é possível e legal, visto que a Carta Constitucional traz em seu Artigo 199 que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e a Lei 8.080 em seu Artigo 4º §2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde, em caráter complementar, isto é, esgotadas as possibilidades no sistema público, pode-se recorrer às instituições privadas credenciadas ao SUS. Mesmo sendo uma instituição privada que assiste

a pacientes de várias classes sociais, esta trabalha de acordo com as normativas da política e do Sistema Único de Saúde, tratando seus pacientes sem distinções ou regalias, de acordo com os princípios de universalização e equidade já citados.

A referida instituição oferta serviços de tratamento de Terapia Renal Substitutiva (TRS), já mencionados no início do estudo e está diretamente vinculada a Portaria nº 1168/GM de 15 de junho de 2004, a qual resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal seja organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I – desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II – organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (BRASIL, 2004).

A referida portaria institui a política do portador renal, que deve estar diretamente ligada ao Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais da Saúde, visando organizar uma linha de cuidados, regulamentação e estudos sobre a doença renal no país, devendo ser implantada em todas as instituições que prestam serviços dialíticos.

Ainda inserida nesta política específica, está a Resolução RDC nº 154, de 15 de junho de 2004, a qual estabelece as normas de funcionamento das instituições que prestam serviços aos portadores de doença renal, sejam elas instituições públicas, privadas, filantrópicas, civis ou militares conforme a seção II, disposta sobre a abrangência da resolução. A Resolução traz requisitos sobre: as condições organizacionais; como deve ser a atenção ao paciente; o gerenciamento de tecnologias; as maneiras de uso e reuso dos dialisadores; equipamentos e materiais necessários; o Concentrado de Polieletrólítico para Hemodiálise (CPHD); a qualidade da água; as análises microbiológicas do Dialisato; a infraestrutura e por fim, as Disposições Finais e Transitórias.

A doença renal ocasiona diversos sintomas que interferem na qualidade de vida dos pacientes, não diferente dos demais cidadãos, mas em razão da sua deficiência, os portadores renais são contemplados pela seguridade social, com alguns benefícios que serão abordados a seguir.

A aposentadoria por invalidez, prevista nas Leis nº 8.212/91; nº 80213 e Decreto 3.048/99), destina-se ao trabalhador empregado, contribuinte individual e considerado incapaz de trabalhar para manter suas necessidades, como é o caso da maioria dos renais, que para ser beneficiado é preciso passar pela perícia médica a qual avaliará sua capacidade ou não de trabalho. O Auxílio Doença, previsto nas Leis nº 8.212/91; nº 8.213/91 e Decreto 3.48/99, é um auxílio viabilizado ao segurado que ficar incapaz de trabalhar por motivo de doença ou acidente. O cidadão deve ter contribuído pelo menos doze meses, mas essa carência não é necessária em caso de doença renal, entre outras previstas na lei. Outro direito é o Benefício Prestação Continuada (BPC) - previsto na CF/88, Artigo 203 - que se trata de um proveito mensal no valor de um salário mínimo, concedido ao idoso com idade a partir de 65 anos ou pessoa com deficiência, em qualquer idade, que comprove não ter condições de manter-se nem de ser mantido pela família. Além disso, a renda per capita deve ser inferior a 1/4 do salário mínimo. No caso dos renais crônicos, fica entendido que estes têm uma deficiência a longo prazo que os impossibilitam de trabalhar para manter suas necessidades, mas, para isso, é preciso ainda comprovar que a família não tem condições de arcar com a manutenção das suas necessidades.

A isenção do Imposto de Renda (IR), regulamentado pela Lei nº 7.713 de 22 de dezembro de 1988, é um benefício relativo à aposentadoria, reforma ou pensão. O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), previsto na Lei nº 8.036/99 e criado pelo governo federal, pode ser sacado pelo trabalhador que for demitido sem justa causa, no entanto, a doença renal não é entendida como motivo para o saque, o que muitas vezes leva à interferência judicial.

Na esfera federal, o direito ao Passe Livre, regulamentado pela Lei nº 8.899/94 e Decreto 3.691/2000, garante transporte coletivo interestadual gratuito a pessoas com deficiência, inclusive renal, desde que haja a devida comprovação. O Sistema Financeiro de Habitação (SFH), regulamentado pela Lei nº 4.389/64, também concedido pelo governo federal, facilita o financiamento da casa própria com longos prazos e baixos juros, em que o seguro já é incluso no pagamento das parcelas, assegurando o comprador em caso de falecimento ou invalidez.

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é um direito instituído pela Portaria nº 055/199/SAS, que concede ao cidadão o benefício da ajuda de custo para tratamento fora do domicílio, caso comprove o esgotamento das possibilidades do tratamento em seu local de origem. Tal provento deve ser solicitado junto à Secretaria de Saúde, independentemente de convênio particular ou SUS, podendo ser municipal ou interestadual. O primeiro é concedido ao paciente que resida num raio de cinquenta quilômetros de distância do local de tratamento;

enquanto o segundo é destinado ao paciente que necessite ir até outro estado para fazer tratamento.

Em virtude do que foi mencionado, conclui-se que o serviço de saúde se iniciou através de caridades, nas Casas de Misericórdia e, com a industrialização, passou a ser por muito tempo responsabilidade da medicina previdenciária, onde só tinha direito aos serviços de saúde e medicamentos aqueles segurados (contribuintes) da previdência, trabalhadores urbanos ou rurais através do FUNRRURAL. Na década de 80, a saúde dá um passo à frente com a Reforma Sanitária, aprovada pela Constituição Federal de 1988, a qual instituiu a saúde como um direito universal do cidadão e dever do Estado, criando assim o Sistema Único de Saúde.

A instituição Nefroclínica está credenciada ao Sistema Único de Saúde, atendendo aos seus pacientes de maneira equânime. Quanto à Política de Atenção ao Portador da Doença Renal e a RDC, a clínica contempla em suas ações todos os requisitos impostos.

## 2.2 Reconhecimento do espaço institucional

O presente estudo tem como finalidade apresentar a história da instituição Nefroclínica, sua estrutura organizacional, física e os serviços ofertados, como uma das atividades da disciplina Estágio Supervisionado I.

Em 1981, foi implantado no primeiro andar do Hospital São Lucas, na Unidade de Terapia Intensiva, o Serviço de Nefrologia, sob gestão do Dr. Geraldo Melo, com horário de funcionamento de segunda a sábado, das 7:00h às 22:00h. O serviço contava com a equipe de outros médicos nefrologistas como o Dr. Antônio Alves de Almeida, a Dra. Carmen Virginia Satter Maia, o Dr. Washington Cavalcante Coutinho e a Dra. Betânia (in memorian). Em 1984, os doutores José Roberto Nogueira Lima e Antônio Sérgio Campos Freitas chegaram para compor a equipe.

Em 1988, com o aumento do número de pacientes e a necessidade de ampliação do espaço físico o serviço de Nefrologia migrou para o 4º andar do hospital São Lucas.

Em 1993, é firmado um convênio entre os médicos da Fundação São Lucas e o Hospital para dar continuidade ao tratamento de Terapia Renal Substitutiva (TRS). Em primeiro de fevereiro de 1995, surgiu a Nefroclínica, que foi mantida nas mesmas instalações e utilizando os serviços do hospital, porém, com equipe própria e em processo de tramitação documental, entre outros, para tornar-se totalmente independente.

Os serviços de tratamento dialítico (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal) continuava a crescer, de modo que o espaço físico já não era mais suficiente para atender

pacientes vindos da capital, interior e estados vizinhos - antes da Resolução de nº 4, efetivada em 19 de julho de 2012, a qual será abordada mais adiante. Consequentemente, a maneira encontrada para resolver essa questão foi a descentralização dos serviços.

No ano de 2008, foi inaugurada a atual sede que está situada na rua Lagarto, nº 1784, no bairro São José, com horário de funcionamento das 7:00h às 22:00h. Trata-se de uma instituição privada com fins lucrativos, com a missão de “Desenvolver soluções para melhoria da qualidade de vida dos portadores de alterações renais, com ética, profissionalismo, humanização e responsabilidade social”. (NEFROCLÍNICA, 2008).

Em setembro de 2009, a clínica passou por um processo de acreditação, isto é, recebeu um certificado de qualidade, segurança e confiança nos serviços prestados, sendo a única no estado a alcançar o nível I. Após cinco anos, em 2014, recebeu o certificado de acreditação nível II e realizou a abertura do 1º (primeiro) andar bem como o credenciamento com o Sistema Único de Saúde. Em 2015, adquiriu 100% da estrutura predial pelos sócios.

A instituição oferece serviços a pacientes portadores de doença renal crônica que se trata de uma perda progressiva e muitas vezes irreversível das funções dos rins, que na maioria dos casos está relacionada a diabetes e à hipertensão. O diagnóstico precoce e o tratamento nas fases iniciais podem evitar tanto o progresso da doença quanto a necessidade de realizar hemodiálise e até mesmo o transplante renal.

Atualmente a clínica conta com uma equipe profissional composta por um administrador, nove médicos, uma coordenadora de enfermagem, cinco enfermeiras, seis auxiliares de enfermagem, 27 técnicos de enfermagem, duas assistentes sociais, duas psicólogas, uma nutricionista, uma farmacêutica, sete profissionais na equipe de higienização, três copeiras, um gerente de recursos humanos, três auxiliares administrativos, dois aprendizes de administração, um office boy, um auxiliar de manutenção, um técnico em manutenção, um encarregado do almoxarife, um auxiliar de almoxarife e cinco recepcionistas.

A fim de oferecer toda comodidade e conforto aos pacientes, funcionários, familiares e acompanhantes, a clínica apresenta em sua estrutura física duas recepções, uma sala para macas e cadeiras de rodas, três consultórios, uma sala do serviço social, uma sala da psicologia, uma coordenação de enfermagem, um almoxarifado, uma farmácia, seis salas para tratamento de hemodiálise, duas salas de recuperação, uma sala de diálise peritoneal, onze banheiros, uma sala de administração, uma central de tratamento de água, uma copa, uma secretaria, uma sala

para descanso dos enfermeiros, duas salas para esterilização dos capilares, uma copa para refeições de pacientes, familiares e acompanhantes, uma sala para descanso dos funcionários, um banheiro com armários para a equipe de enfermagem guardar seus pertences, dois expurgos, uma sala de reunião, um laboratório, uma sala de acesso administrativo, uma garagem (com três vagas de garagem para médicos e uma vaga para deficientes), um elevador e uma rampa, chamada de sinistro para uso diário ou em casos de emergência.

Os serviços prestados pela instituição são de caráter ambulatorial para pacientes de alta complexidade. Os casos de maior gravidade são encaminhados à urgência, emergência ou internamento hospitalar. Em caso de intercorrência, os pacientes SUS são encaminhados ao Hospital São José ou HUSE; mas se o paciente for conveniado, tem a opção de escolher a unidade de atendimento. Nesse contexto, serão abordados os serviços ofertados pela instituição: consultas, hemodiálise, Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e transplante renal.

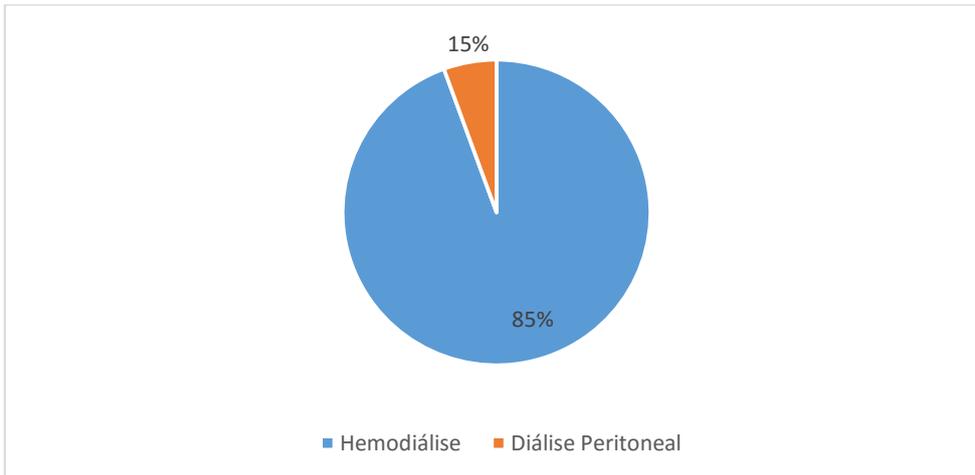
As consultas são marcadas e realizadas na própria clínica, tanto para pacientes do SUS quanto de convênio.

Conforme a Sociedade Brasileira de Nefrologia, o serviço de hemodiálise consiste em filtrar o sangue - atividade essa que o rim não pode mais realizar - eliminando as substâncias que em excesso trazem prejuízo para o corpo. Tal procedimento é feito, geralmente, três vezes por semana, com duração de aproximadamente quatro horas, podendo variar conforme solicitação médica. Já a diálise peritoneal é a modalidade de terapia renal substitutiva, que faz o revestimento interno do abdômen (peritônio) como membrana de filtração. Existem duas modalidades desta diálise, a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), a qual o paciente e/ou familiar realiza de maneira manual quatro trocas por dia e a Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) que é realizada preferencialmente à noite, através de uma máquina que drena e realiza a troca do líquido. Ambos os tratamentos são feitos pelo paciente e/ou familiar em sua residência, após estarem treinados e habilitados pelos enfermeiros da clínica.

Quanto ao serviço de transplante renal, a instituição trabalha apenas com orientação e encaminhamentos de pacientes para transplantes em outros estados, pois Sergipe não realiza transplantes renais há quatro anos.

A clínica dispõe de 70 máquinas para a realização dos tratamentos, sendo 41 no térreo, 24 no 1º andar e seis na reserva, assistindo a 290 pacientes, cujos 85% são da hemodiálise e 15% da diálise peritoneal, sendo as principais doenças de base a hipertensão e o diabetes. Conforme gráfico abaixo:

### Gráfico 01: Modalidade de tratamento

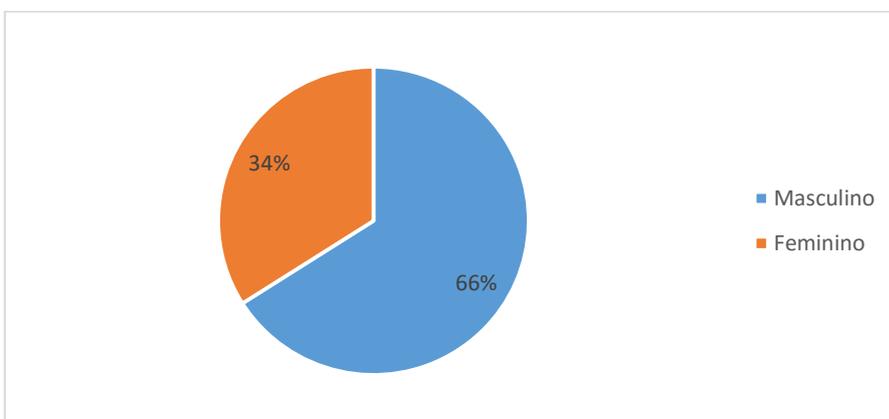


Fonte: (Dados Estatísticos do Serviço Social, agosto de 2016).

Observa-se que a maior parte dos pacientes são tratados na modalidade de hemodiálise, realizada nas dependências da clínica, três vezes por semana, com duração de quatro horas, ou de acordo com a necessidade do paciente, prescrita pelo médico que acompanha o mesmo, conforme já citado.

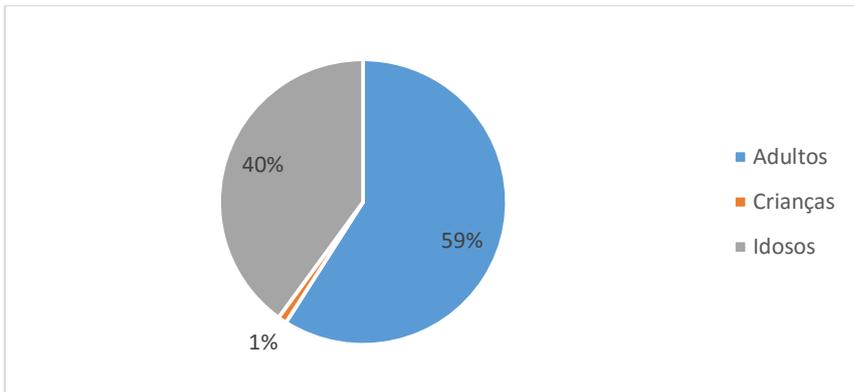
No que se refere ao perfil dos usuários, os dados estatísticos do Serviço Social da instituição, apurados em um levantamento realizado em agosto do presente ano, revelam que 66% dos pacientes são do sexo masculino e 34% do sexo feminino, conforme dados no gráfico a seguir:

### Gráfico 02: Sexo



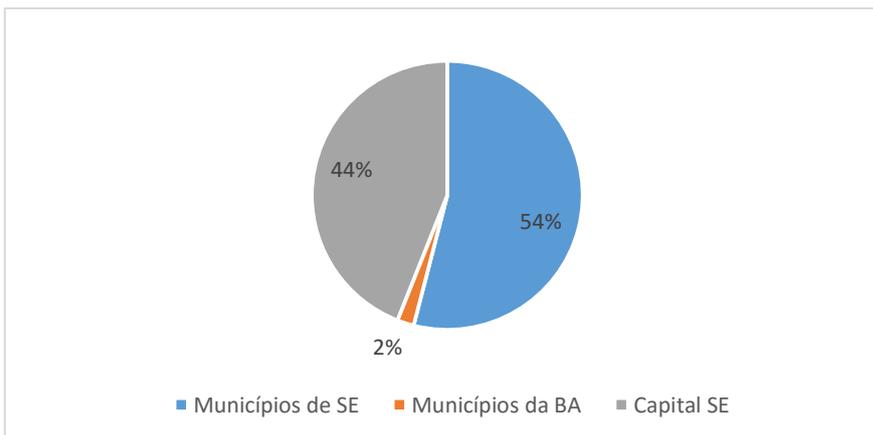
Fonte: (Dados estatísticos do Serviço Social, agosto de 2016).

Tratando-se da faixa etária 59% são adultos, 1% crianças e adolescentes e 40% são idosos, conforme o gráfico abaixo:

**Gráfico 03: Faixa etária**

Fonte: (Dados Estatísticos do Serviço Social, agosto 2016).

Com relação ao local onde reside os pacientes, 54% são dos municípios de Sergipe, 44% residem na capital e 2% são residentes de municípios oriundos da Bahia. Conforme gráfico a seguir:

**Gráfico 04: Cidade onde reside**

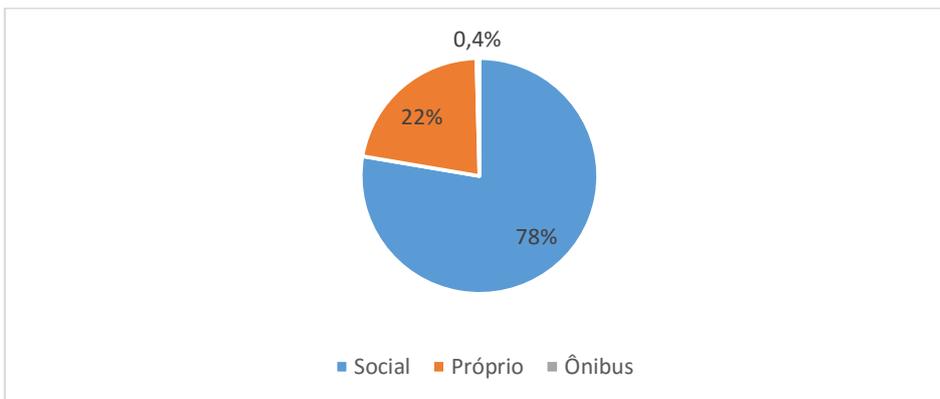
Fonte: (Dados Estatísticos do Serviço Social, agosto de 2016).

Majoritariamente, os pacientes são oriundos dos municípios de Sergipe e da capital. Mas em relação aos residentes em municípios da Bahia, estes são pacientes de convênios, pois a instituição funciona de acordo com a Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012, a qual ordena que usuários do Sistema Único de Saúde só podem ser atendidos em sua regional. Assim, a clínica só atende a pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes em alguns

municípios do estado de Sergipe. Todavia, essa resolução não altera a situação dos pacientes antes contemplados.

Quanto ao tipo de transporte utilizado para se deslocar de suas residências até a clínica nos dias de tratamento, 78% dos pacientes utilizam o transporte social, 22% transporte próprio e 0,4% ônibus, conforme dados no gráfico a seguir:

**Gráfico 05: Tipo de transporte**

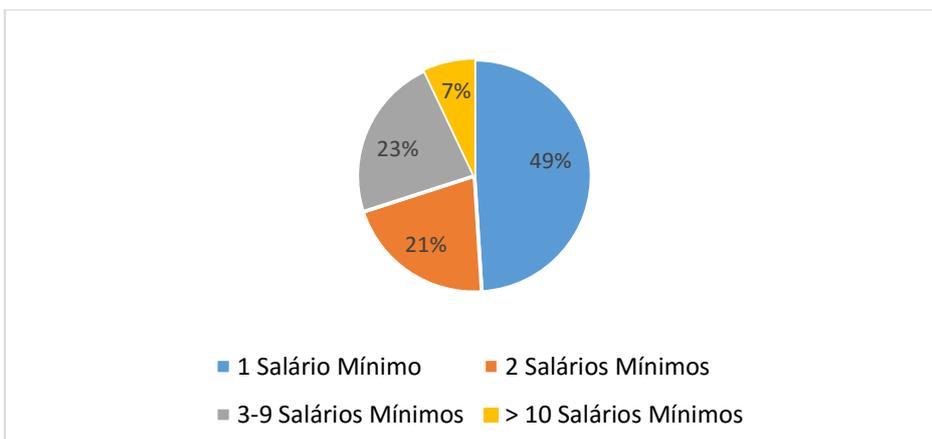


Fonte: (Dados Estatísticos do Serviço Social, agosto de 2016).

A maioria dos pacientes fazem uso do transporte social, em razão de não possuir recursos econômicos para arcar com as despesas.

No que diz respeito a renda familiar, 49% dos assistidos pela clínica recebem um salário mínimo, 21% dois salários mínimos, 23% recebem de três a nove salários mínimos e 7% mais de dez salários mínimos. De acordo com os dados no gráfico a seguir:

**Gráfico 06: Renda familiar**



Fonte: (Dados Estatísticos do Serviço Social, agosto de 2016).

Os pacientes que recebem um salário mínimo são contemplados com uma cesta básica por mês, doada pela Pastoral da Saúde que contribui com 85 cestas básicas mensalmente; já o Grupo de Apoio ao Renal (GAREM) contribui com 15 cestas básicas que são distribuídas aos pacientes em maior necessidade. Assim, há pacientes que este caso, são contemplados com duas cestas básicas devido ao apoio das duas instituições referidas.

A instituição realiza ainda uma colaboração ambiental e social através da Cooperativa de Agentes Catadores (CARE) do bairro Santa Maria, o que proporciona geração de renda para aproximadamente 80 pessoas e mantém longe das ruas cerca de 160 crianças.

### 2.3 Serviço Social na Instituição

Neste ponto serão abordados os motivos que levaram a inserção do serviço Social, a importância do assistente social e de que maneira se dá o seu processo de trabalho na instituição Nefroclínica.

Quando o membro responsável pelo sustento da família é diagnosticado com a doença e precisa se afastar do trabalho, muitas vezes não é assegurado pela Previdência Social ficando à mercê do sustento dos familiares. Além disso, os gastos com medicamentos e exames nem sempre são fornecidos pelo SUS. Tais situações despertam o desânimo, desespero e até depressão, sentimentos que levam o paciente a desistir do tratamento.

É neste momento que se faz necessário o trabalho do assistente social, um profissional capaz de mediar, junto ao Poder Público, as possibilidades de atender as necessidades desse paciente que possui suas particularidades por ter uma doença crônica e que requer constante controle. Como previsto na Lei 8.742/1993 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) - são princípios da Assistência Social:

Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;

II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;

III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão. (BRASIL, 1993).

É atribuição do assistente social contribuir para a divulgação de informações aos seus usuários sobre seus direitos, atuar sem qualquer tipo de discriminação e trabalhar pela inserção/reinserção dos indivíduos a vida social e familiar. Nesse caso, o trabalho do assistente social faz-se muito importante na luta contra a desistência do paciente pelo tratamento, pois, segundo o Art.196 da Constituição federal de 1988, a saúde é um direito de todos e responsabilidade do Estado.

É neste contexto que o Serviço Social foi implantado na Nefroclínica no ano de 1997, pela assistente social Maria Sônia Rocha Viana Rezende (aposentada atualmente). Outro fator que proporcionou a implantação do Serviço Social na clínica foi a percepção médica de que o processo saúde-doença do usuário também é determinado por fatores físicos, psicológicos e sociais. Por isso, o profissional foi chamado para compor a equipe multidisciplinar e realizar um trabalho de análise e acompanhamento dos aspectos socioeconômicos, cultural e emocional que interferem na vida do usuário e familiares, além de desenvolver um trabalho com os funcionários.

Atualmente o Serviço Social conta com duas assistentes sociais, ambas com carga horária de trinta horas semanais, uma atuando no turno da manhã, das 7:00h às 13:00h, e outra no turno da tarde, das 12:30h às 18:30h. As duas ocupam a mesma sala, mas com seu próprio material de trabalho (birô profissional, computador e impressora). O ambiente dispõe de um telefone, quatro cadeiras, armários, ar condicionado e banheiro.

Às assistentes sociais da clínica cabem atribuições de gestão de vagas, trânsitos (nos casos de pacientes em situação de pré-transplante, lazer, entre outros) e transferências. O

processo de admissão de pacientes - que acontece através do encaminhamento ao Serviço Social, pelo médico do ambulatório, Central de Regulação e outros serviços - é o momento em que é realizado pelo Serviço Social o acolhimento e estudo social com o objetivo de traçar o perfil socioeconômico, de acordo com a Lei 8.662/93 - Lei de Regulamentação do Assistente Social, que trata em seu Artigo 4º sobre as competências do Assistente Social. Esse estudo socioeconômico é o instrumento para o profissional realizar as devidas intervenções e orientações sobre os direitos e deveres do paciente. Durante a admissão, são entregues ao Serviço Social toda a documentação necessária para que o enfermo seja efetivamente admitido pela instituição. A partir disso, o assistente social realiza as primeiras orientações sobre o tipo de tratamento destinado ao paciente, podendo ser hemodiálise ou diálise peritoneal e como funciona todo o processo de tratamento. Após isso, faz encaminhamentos para os programas assistenciais, para a equipe multiprofissional (enfermagem, nutrição, psicologia e farmácia), entre outros.

Art. 16 O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência da atividade profissional.

Parágrafo Único - Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário. (CEFESS,1993)

O profissional da instituição desenvolve tal atribuição exatamente como descreve o Código de Ética Profissional e deixa o paciente informado desse sigilo, uma vez que durante a admissão são questionadas características muito pessoais. Em razão disso, todos os atendimentos sociais realizados pelo Serviço Social são feitos a portas fechadas, conforme o Art. 3º, previsto na resolução estabelecida pelo Conselho Federal de Serviço Social (CEFESS), Resolução Nº 493, de 21/08/2006, a qual aborda sobre a ética e técnicas privativas do assistente social.

É de competência do assistente social a realização do estudo socioeconômico dos seus usuários, através de um olhar crítico e técnicas que somente o Serviço Social tem entendimento para utilizar em sua prática.

Ainda sobre as atribuições do Serviço Social, o mesmo realiza acompanhamento, atividade importante no enfrentamento e aceitação da doença por parte do paciente, cuja principal estratégia é a orientação sobre a possibilidade de transplante. O profissional também efetua visitas hospitalares e domiciliares quando necessárias, visita as salas de tratamento para a identificação de demandas, atendimentos sociais, intervenções, internações e encaminhamentos a instituições afins, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), a Secretaria de Saúde e Centro de Atenção à Saúde de Sergipe (CASE) - o qual garante

assistência a sergipanos que precisam de medicamentos especializados. Em suma, o profissional articula redes de apoio a fim de promover a reinserção do usuário na sociedade; realiza pesquisa de satisfação, que é feita através da distribuição de um pequeno formulário para que seja preenchido pelos pacientes; efetua os devidos encaminhamentos de acordo com a normatização e necessidade dos pacientes; elabora e executa projetos de humanização, e realiza supervisão de estágio orientando seu estagiário de acordo com as normas que regem a profissão.

Dentre os projetos do Serviço Social encontrados nos registros da clínica, encontraram-se como os mais antigos aqueles realizados por estagiários.

Em 2005, foi realizado o projeto de intervenção “Humanizando a Nefroclínica”, com o objetivo de estimular a autoestima, tanto dos funcionários quanto dos pacientes, através de oficinas, seminários e implantação do Projeto de Motivação. Um ano depois, em 2006, houve o projeto “Encontro de Pacientes e Familiares na Nefroclínica” e a cartilha “O que você deve saber sobre a Insuficiência Renal Crônica? ”, com o objetivo de sensibilizar a família a participar do tratamento, mostrando a importância do seu envolvimento. Em 2007, o projeto de intervenção “Conhecendo para ter saúde”, com o objetivo de humanizar os pacientes e familiares através da democratização da informação promoveu aos pacientes e familiares uma nova visão sobre o processo saúde-doença. Após três anos, em 2009, foi realizado o projeto de intervenção “Alfabetização de adultos/pacientes durante o tratamento de hemodiálise na Nefroclínica em Aracaju-SE” com o objetivo de alfabetizar os adultos/pacientes no período de tratamento através da leitura e escrita. Já durante o ano de 2010, através dos estagiários que passaram pela clínica, foram desenvolvidos quatro projetos de intervenção que serão detalhados a seguir:

“Possibilidade de uma melhor qualidade de vida” com o objetivo de contribuir para que os pacientes em tratamento obtivessem mais informações sobre o transplante renal e condições de optarem por ele em tempo hábil; projeto “Higiene é qualidade de vida”, com o intuito de orientar aos pacientes sobre a importância da higiene em seu cotidiano e o projeto “A importância da família/acompanhante do doente renal na Nefroclínica”, que informou a família/acompanhante sobre alguns direitos que os pacientes renais possuem e a importância dos mesmos na qualidade de vida dos doentes renais.

Por último, a pesquisa “A hemodiálise e o afastamento do trabalho: rotinas, percepções e expectativas dos pacientes assistidos pela Nefroclínica” coletou elementos para uma maior compreensão da vida e cada um deles. Na pesquisa foram entrevistados doze pacientes, sendo onze do sexo masculino e um do sexo feminino. Tal estudo qualitativo foi feito por dois estagiários, um do sexo masculino e outro do sexo feminino.

Em 2016, surgiu o projeto de intervenção “Direitos dos pacientes renais: conhecer para garanti-los” a fim de esclarecer os pacientes renais sobre seus direitos, através da socialização de informações e orientações aos usuários e acompanhantes, mais especificamente sobre direitos previdenciários, Benefício de Prestação Continuada (BPC), isenção do imposto de renda, passe livre, Tratamento Fora do Domicílio (FTD) e andamento prioritário processual.

Em 2011 o Serviço Social implantou o projeto “Prazer pela Leitura”, com o objetivo de proporcionar e estimular o conhecimento, aprendizado e orientações aos pacientes através de livros e gibis; o projeto “Cidadania e beleza” é um projeto do Serviço Social da instituição implantado em 2014, com o objetivo de estimular a autoestima dos pacientes e orientá-los sobre a higiene individual e saúde.

O projeto mais efetivado na instituição é o “Projeto de Humanização” realizado pelo Serviço Social, mas que envolve toda a equipe multiprofissional, onde mensalmente realizam com os pacientes a comemoração dos aniversariantes do mês e outras datas festivas, como Páscoa, Natal, São João, dentre outras. Dessa forma, proporciona-se aos pacientes um momento de entretenimento, integração, distração e estreitamento das relações com a equipe de colaboradores.

Com base no que foi abordado acima, conclui-se que a Nefroclínica é uma instituição, com certificado de acreditação níveis I e II, que tem um compromisso com a qualidade dos serviços ofertados aos seus pacientes. Apresenta uma ótima estrutura física e uma equipe multiprofissional, conforme estabelecido pela Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, a qual define critérios sobre o cuidado de pessoas com doença renal crônica. Quanto ao trabalho do assistente social na clínica, enquanto objeto de observação do estudo, foi constatado que existe por parte do profissional um compromisso ético político, teórico-metodológico e técnico operativo da profissão, uma vez que todas as atribuições são realizadas de acordo com o Código de Ética do/a Assistente Social de 1993 e com a Lei de Regulamentação da profissão, Lei nº 8.662/93, normas que regem o exercício profissional.

#### 2.4 Diagnóstico

O estágio supervisionado I é realizado na Nefroclínica, instituição que está localizada no bairro São José, em Aracaju SE. O local foi conhecido como “Carro Quebrado” devido aos carros que lá ficavam atolados em consequência do seu solo ser pantanoso, porém, com a implantação da igreja católica nomeada em homenagem ao santo São José, o distrito ficou conhecido como São José, pois o nome da igreja tornou-se referência, e mais tarde, a criação

do colégio Patrocínio São José reforçou essa ligação com o nome do santo. As primeiras residências eram mansões, ou seja, inicialmente foi um ambiente povoado pela elite local. Na década de 50, começa a ser urbanizado, e ganha um estádio de Futebol, o “Lourival Batista”, hoje, “Arena Batistão”.

Com o crescimento comercial no centro da cidade e conseqüentemente a insuficiência de espaço físico para sua abrangência contínua, na década de 70, a área começa a ser ocupada com edifícios e pontos comerciais, contribuindo fortemente para o desenvolvimento da localidade, levando à instalação de clínicas de saúde, hospitais, escolas, supermercados, farmácias, restaurantes, teatro, ONGs e residências.

Segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total do bairro somou-se em 5.587 habitantes. No que diz respeito à saúde, não existia uma Unidade Básica de Saúde (UBS), ficando a critério dos moradores recorrer às UBS circunvizinhas. Embora uma área bastante ocupada por clínicas de saúde, os dois grandes hospitais (Hospital da Unimed de Sergipe e o Hospital São Lucas) são particulares.

Em relação a educação, o São José comporta cinco escolas estaduais com ensinos fundamental e médio. No caso do Colégio Estadual Atheneu Sergipense, além do ensino fundamental e médio, também é oferecido o curso supletivo. Há três escolas particulares, sendo uma apenas de ensino fundamental, outra de ensino infantil e fundamental e uma com os três níveis de ensino. No distrito há uma creche, duas escolas católicas – dentre elas o Colégio Patrocínio São José, referência do bairro como citado no início do estudo, a qual oferece do ensino infantil ao ensino médio. A outra católica, porém, particular, oferta os mesmos níveis de ensino. Há também duas escolas de cursos profissionalizantes e um Centro de Apoio Pedagógico ao Deficiente Visual. Vale ressaltar ainda, a existência do Conselho Municipal de Educação.

No que tange à Assistência Social no distrito, há um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), destinado ao atendimento das pessoas adultas moradoras de rua, porém não foi possível o acesso aos dados mais específicos da instituição em razão da falta de disponibilidade do profissional de Serviço Social para conceder uma entrevista. Na localidade não há Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) pois a instituição que abrange São José, o CRAS Madre Tereza de Calcutá, localiza-se na Jabotiana e acolhe os bairros Ponto Novo, Suíssa, Grageru, Salgado Filho, Pereira Lobo, Jabotiana (Conjunto Juscelino Kubitschek, Largo da Aparecida e Aloque), Jardins e 13 de julho.

Através de uma visita ao CRAS que abrange o local, na tentativa de realizar uma entrevista com a assistente social que atua no turno da tarde, a mesma apenas concedeu

informações superficiais, alegando que se trata de uma área sem muitas ocorrências e por isso, a ausência de dados estatísticos atualizados para nos apresentar. Quanto aos serviços ofertados pela instituição, há o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) que visa o fortalecimento de vínculos, benefícios assistenciais como o Benefício da Prestação Continuada (BPC) e profissionalizantes e Cadastro Único (CADÚnico). No que tange o perfil e quantidade das famílias assistidas, não foi possível a disponibilização de dados estatísticos, como já citado, mas a assistente social informou que são poucos os lares observados, uma vez que se trata de um bairro habitado por moradores com um bom padrão de qualidade de vida, no entanto, descartou as principais demandas apresentadas, pois apesar de ser um distrito de classe média-alta, existem os focos de pobreza, violência doméstica e dependência química.

Ainda neste contexto vale ressaltar a presença da ONG Sociedade SEMEAR (Sociedade de Estudos Múltiplos, Ecológica e de Artes) que, através das informações disponibilizadas no portal online da instituição e uma visita técnica realizada, foi possível constatar que se trata de uma organização do terceiro setor, de interesse público, com quinze anos de existência, que atua no incentivo à cultura, proteção ao meio ambiente e conscientização da importância da cidadania. Atualmente a instituição está contratada por uma empresa privada para prestar cursos profissionalizantes financiados pela empresa como forma de compensação.

No que se refere aos serviços públicos, não existe fórum na área e a violência é grande, pois há constantes roubos e furtos. A comunidade conta com serviços públicos de luz, água, saneamento básico, esgoto, coleta de lixo e pavimentação. Há, também, a presença do Conselho Regional de Odontologia de Sergipe (CRO), o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Federal de administração, o Conselho Municipal de Educação - como já citado -, a sede da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação dos Renais Crônicos e Transplantados de Sergipe (ARCRESE), a qual luta por direitos e melhores condições de vida dos portadores da Insuficiência Real crônica (IRC).

É um local de muitas atividades não agrícolas, fortemente ocupado por pontos comerciais de vários ramos: farmácias, lojas de artigos esportivos e suplementares, salões de beleza, postos de gasolina, bares, panificações, restaurantes, supermercados, entre outros.

De modo geral, pode-se concluir que o bairro São José ainda é habitado por pessoas de classe média-alta, bastante ocupado por instituições de saúde e tem opções de escolas tanto na rede privada quanto pública de ensino e pontos comerciais. Por outro lado, tem um déficit na existência de instituições da Assistência Social, uma vez que a unidade de proteção básica e especial não é situada dentro do próprio local, logo dificilmente é procurada. Os principais problemas, conforme informações coletadas no CRAS, estão relacionados ao uso de drogas, à

pobreza, à violência doméstica e à falta de segurança nas ruas, sendo este último o principal, uma vez que viabiliza o aumento dos assaltos principal queixa dos moradores e constantes frequentadores da área.

### 3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOCIAL

#### 3.1 Abrangência

O projeto será desenvolvido na Nefroclínica, uma empresa privada com fins lucrativos que oferta serviços de Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise e diálise peritoneal). Sua história teve início em 1981 quando funcionava no Hospital São Lucas e a partir de 2008 tornou-se independente e inaugurou sua atual sede que está localizada na rua Lagarto, nº 1784, bairro São José, Aracaju-SE e é a única clínica de Terapia Renal Substitutiva com certificados de acreditação níveis I e II do estado de Sergipe.

O ambiente é bastante ocupado por clínicas de saúde, hospitais e comércios. Quanto à população, é ocupado por moradores com um bom padrão de qualidade de vida, somando 5.587 habitantes conforme o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### 3.2 Resumo

O projeto de intervenção será realizado para pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC) atendidos pela Nefroclínica, com o objetivo de desenvolver com os mesmos, atividades que estimulem a melhoria da autoestima, uma reflexão sobre a importância da vida, da adesão ao tratamento (sessões e consultas) do apoio familiar e do Serviço Social no processo saúde-doença.

No primeiro momento será realizada uma abordagem individual aos pacientes com o propósito de realizar levantamentos de ideias e temáticas que gostariam de desenvolver durante as quatro horas de hemodiálise.

O segundo momento ocorrerá em sala de tratamento por meio de dinâmicas com o objetivo de reflexão sobre os temas já mencionados acima. A terceira ação a ser desenvolvida será uma atividade de pinturas com o objetivo de promover a livre expressão dos pacientes sobre os temas abordados no projeto e o sentimento do momento.

Na quarta ação, haverá distribuição de pôsteres com informações sobre a importância de adesão ao tratamento (sessões e consultas) e do apoio familiar, além de esclarecimentos sobre as diferenças entre os benefícios sociais e a função do Serviço Social no processo saúde-doença. Por fim, a quinta ação avaliará o projeto, através da aplicação de questionários com perguntas objetivas, os quais foram respondidos pelo público-alvo.

O projeto contará com a participação de uma estagiária, uma assistente social e uma psicóloga.

**Palavras-chaves:** Tratamento, Serviço Social, vida, reflexão, família.

### 3.3 Participantes

O público participante serão pacientes jovens com idade entre 18 a 29 anos; adultos de 30 a 59 anos e idosos acima de 60 anos de idade.

### 3.4 Justificativa

Durante todo o período de estágio, nos momentos de visita às salas de tratamento e conversas com os pacientes renais, foi observado que estes apresentam baixo autoestima, sensação de impotência, recusa ao apoio familiar e dificuldade de adesão ao tratamento,

consequências das limitações que a Insuficiência Renal Crônica (IRC) provoca, sendo estas: mudança de rotina; perda do emprego o que o leva a deixar de ser provedor da família ficando dependente dos benefícios previdenciários; diminuição da disposição física e mudanças na aparência; limitações alimentares; o constante uso de medicações e visitas a médicos; perda da expectativa de vida; necessidade de se deslocar três vezes na semana para realizar o tratamento que dura em média quatro horas; dependência da família, em alguns casos resistência ao apoio familiar e disfunção sexual. Os fatores mencionados interferem diretamente na qualidade de vida dos pacientes, levando-os a questionamentos sobre sua própria valorização enquanto pessoa.

Considerando esses fatores, justifica-se uma proposta de intervenção que tem por finalidade desenvolver atividades interativas e reflexivas com o objetivo de melhorar a autoestima dos pacientes renais, como forma de reduzir o absenteísmo das sessões e consultas, sensibilizá-los a aderir ao tratamento e aceitar o apoio familiar, função essa atribuída ao Serviço Social, conforme apresenta o Manual do Serviço Social da Nefroclínica, bem como abordar sobre o trabalho do assistente social no processo de Terapia Renal Substitutiva.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

De modo geral, o projeto visa despertar nos pacientes renais o entendimento da importância da vida e da adesão ao tratamento, bem como estimular a melhoria da autoestima através dos momentos de descontração e participação destes em todas as dinâmicas, enquanto direitos à saúde e ao lazer ambos instituídos pela Constituição Federal de 1988.

### 3.5 Objetivos

#### 3.5.1 Objetivo Geral

Desenvolver com pacientes renais assistidos pela Nefroclínica atividades que estimulem a melhoria da autoestima, uma reflexão sobre a importância da vida, do apoio familiar e do Serviço Social nos enfrentamentos a eles apresentados.

### 3.5.2 Objetivos Específicos

- Promover a livre expressão dos pacientes renais;
- Desenvolver a autoconfiança, o protagonismo, a valorização de si, melhoria da autoestima, dos pacientes renais e sensibilizá-los a compreender a importância do apoio familiar e do Serviço Social no processo saúde-doença;
- Orientar os pacientes sobre a importância do tratamento (sessões e consultas), do apoio familiar, bem como do trabalho do Assistente Social e esclarecer diferenças entre alguns direitos sociais;
- Avaliar o resultado do projeto para os pacientes.

### 3.6 Metodologia

Ação 1: Será realizada uma abordagem individual aos pacientes, numa conversa informal sob orientações da supervisora de campo, para ouvir dos pacientes renais quais tipos de atividades eles gostariam de desenvolver durante o tratamento de hemodiálise. Esta ação ocorrerá nos dias 20 e 21 de março de 2017, com os pacientes do primeiro turno das segundas, quartas e sextas e terças, quintas e sábados.

Ação 2: Nos dias 24, 25 e 28 de abril de 2017, às 08:00 será realizado em sala de tratamento uma dinâmica da “Caixinha Surpresa”. Neste momento, serão inseridos nessa caixa papéis embrulhados, com perguntas direcionadas à importância de adesão ao tratamento (sessões e consultas), do apoio familiar e do Serviço Social no processo saúde-doença. Haverá também papéis embrulhados com prendas a serem pagas pelos próprios pacientes para os momentos de descontração.

#### **2.1: De que forma ocorrerá a dinâmica?**

Os papéis com perguntas e prendas serão inseridos numa caixa, que passará de paciente para paciente, enquanto uma música animada e reflexiva será tocada. No instante em que pausar a música, o paciente que estiver com a caixa na mão, deverá pegar um papel e ler para todos; se for uma pergunta, será respondida por este, e caso recuse, será aberto para o paciente que desejar responder. Se for sorteada uma prenda, o paciente deverá pagá-la, ocasionando assim, momentos de risadas, interação e descontração entre os pacientes e equipe. Para os pacientes

que pagarem a prenda, serão presenteados singelos brindes como canetas, espelhos de bolsa, chaveiros e bolinhas cravo (para exercício de pacientes com fístula).

## **2.2: Objetivo da dinâmica**

Discutir com os pacientes renais de maneira descontraída assuntos importantes no processo saúde-doença.

Ação 3: Nos dias 24, 25 e 28 de abril de 2017, às 09:00 horas, ocorrerá nas salas de tratamento uma dinâmica com pinturas, momento em que os pacientes expressarão o sentimento do momento através do desenho.

Ação 4: Nos dias 24, 25 e 28 de abril, às 10:00 horas, serão distribuídos fôlderes com informações sobre a importância de adesão ao tratamento (sessões e consultas) e do apoio familiar, além de esclarecimentos sobre as diferenças entre os benefícios sociais.

Ação 5: Nos dias 24, 25 e 28 de abril, às 10:30, será aplicado para os pacientes um questionário com perguntas objetivas, com a intenção realizar uma pesquisa qualitativa sobre o projeto.

## **3.7 Equipe de trabalho**

O projeto de intervenção contará com uma equipe de trabalho formada por uma estagiária de Serviço Social; uma supervisora de campo bacharela em Serviço Social e pós-graduada em Saúde Pública da Família e uma psicóloga (convidada para ser a facilitadora das dinâmicas, graduada em Psicologia e Enfermagem, pós-graduada em Saúde Mental, UTI Urgência e Emergência e Psicologia Hospitalar).

## **3.8 Divulgação do projeto**

A divulgação do projeto acontecerá através de convites que serão expostos nos quadros de avisos dispostos nos setores e nos corredores da clínica, com a finalidade de convidar tanto os pacientes renais quanto a equipe para participarem do projeto. No convite, serão disponibilizadas informações sobre a data, hora e programação do projeto.

### 3.9 Interação do Projeto com outras Políticas Públicas

Não haverá interação do projeto com outras Políticas Públicas.

### 3.10 Orçamento

Os recursos financeiros serão utilizados para a compra de brindes e alguns materiais, sendo estes recursos provenientes da própria estagiária e algumas doações somados num total de R\$ 169,40 reais. Já os recursos físicos como, microfone e caixa amplificadora serão disponibilizados pela própria instituição.

### 3.11 Avaliação

Para realizar a avaliação do projeto de intervenção, serão utilizados indicadores quantitativos, através da lista de presença, que estará nos apêndices, e indicadores qualitativos através de um questionário com perguntas direcionadas a cada ação que será desenvolvida, onde os pacientes irão avaliar como bom ou ruim, o modelo de questionário também será disponibilizado nos apêndices.

#### 4 SISTEMÁTICA DE OPERACIONALIZAÇÃO

O Projeto de Intervenção “Autoestima Fator Primordial à Saúde” aconteceu na Nefroclínica nos dias 24, 25, 26 e 28 de abril de 2017, das 08:00h às 11:00h. Voltado para os pacientes renais assistidos pela instituição, o projeto contou com a participação de 80 pacientes do total de 99, uma estagiária, uma supervisora de campo, uma psicóloga convidada para ser facilitadora das dinâmicas, além de gerente de Recursos humanos, farmacêutica, enfermeiros e técnicos de enfermagem que se propuseram a auxiliar e prestigiar o momento. Em todos os dias, o projeto foi iniciado com a apresentação da supervisora de campo sobre a programação. Logo em seguida, a estagiária apresentou seu projeto, os objetivos e os resultados esperados e por fim, a psicóloga assumiu a palavra para explicar de que maneira aconteceriam as dinâmicas.

Inicialmente foram distribuídos fôlderes informativos elaborado pela estagiária, sob olhar das supervisoras de campo e acadêmica, no qual continha informações sobre os temas que seriam discutidos na dinâmica e detalhados a seguir.

Foram desenvolvidas duas dinâmicas. A primeira foi a dinâmica da caixa surpresa, onde foram inseridos no interior da caixa bilhetes com perguntas referentes aos temas pertinentes ao projeto, como importância da adesão ao tratamento (consultas e sessões), da família e do Serviço Social no processo saúde-doença, autoestima e benefícios sociais. A caixa foi passando de um a um, ao mesmo tempo em que uma música animada era tocada, no momento de pausa desta, o paciente que estivesse com a caixa em mãos, deveria sortear um bilhete e teria que responder o que havia escrito, mediante os temas sorteados foram realizadas as devidas intervenções pelo Serviço Social, e em alguns casos complementadas pela Psicologia.

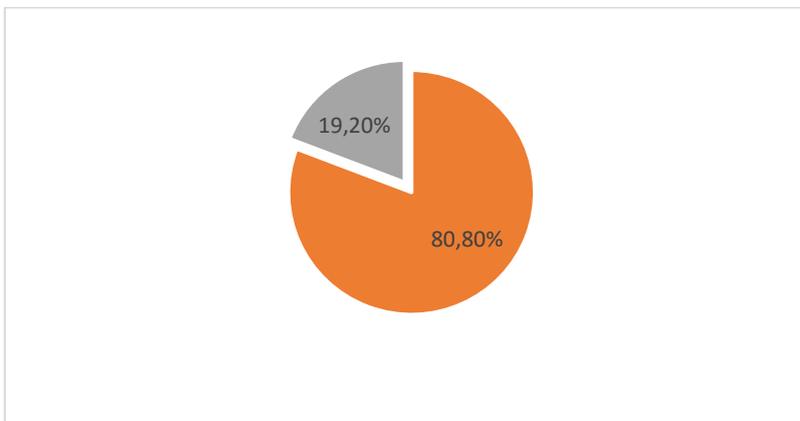
A segunda dinâmica foi uma atividade com pintura, momento em que foi solicitado ao paciente que externasse o sentimento do momento e o que compreendeu com as discussões durante a dinâmica da caixa surpresa e que logo após a confecção do seu desenho expressassem aos colegas a sua arte. O objetivo destas atividades foi desenvolver a autoconfiança, o protagonismo, a valorização de si, estimular a melhoria da autoestima dos pacientes renais, sensibilizá-los a compreenderem a importância do apoio familiar e do Serviço Social no processo saúde-doença, tendo como resultados esperados pacientes com melhoria na autoestima, melhor aderência ao tratamento, participativos e sensibilizados sobre a importância da vida e do apoio familiar. Ao final das dinâmicas foi aplicado o questionário de avaliação qualitativa com três perguntas, cada uma direcionada a uma ação que foi realizada, e através destes e do comportamento dos pacientes, pôde-se observar que, tanto o objetivo quanto os

resultados esperados foram alcançados, pois, os pacientes compreenderam o objetivo das dinâmicas, foram expressivos e participativos.

Tivemos como pontos positivos o êxito nos objetivos, resultados esperados e satisfação dos pacientes com o projeto, elogios e inclusive pedidos de continuação das ações desenvolvidas por pelo menos algumas vezes no mês. Como pontos negativos, houve a não participação de todos os pacientes presentes na sala em razão de troca, mal-estar ou estresse, situações frequentes no dia a dia dos pacientes renais. Outro ponto negativo foi a impossibilidade de realizar as dinâmicas nas outras três salas menores no dia 24 de abril de 2017 por motivo de atraso no início da execução do Projeto de Intervenção, e por esta razão foi decidido que seria dada continuidade com os demais pacientes no dia 26 de abril de 2017, momento em a facilitadora da dinâmica (psicóloga), não pôde estar presente por motivos pessoais, levando assim, a execução do projeto pela estagiária e supervisora de campo.

Para realizar a avaliação do Projeto de Intervenção “Autoestima Fator Primordial à Saúde” foram utilizados indicadores quantitativos, através de lista de presença e qualitativos através de questionários, onde os pacientes puderam avaliar as ações como bom ou ruim. Além disso, foi através desses questionários que foi possível calcular o número de participação de pacientes, do total de 99 pacientes, 80 participaram e avaliaram o projeto, conforme análise no gráfico a seguir.

**Gráfico 01: Total de pacientes que participaram e avaliaram o projeto.**



Fonte: (Elaborado pela autora, maio de 2017).

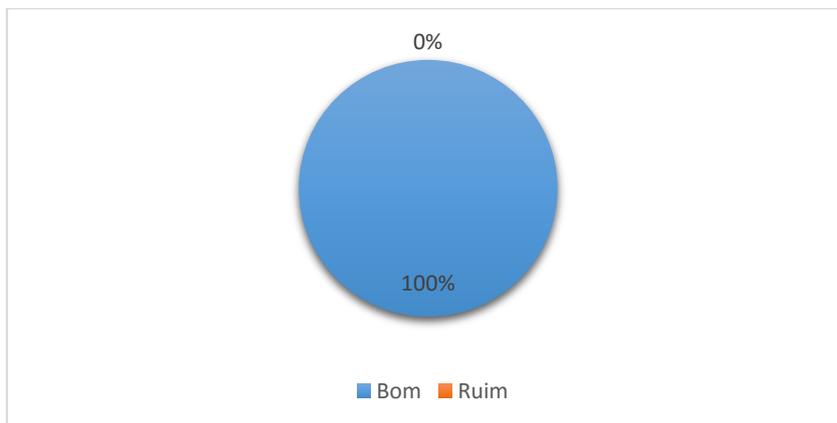
Observa-se que somente 19,20% dos pacientes não participaram do projeto enquanto 80,80% participaram e avaliaram, confirmando a boa aceitação do programa.

No texto a seguir, será realizada uma análise da avaliação de cada ação desenvolvida. Para a primeira ação realizada nos dias 20 e 21 de março de 2017, que se tratou de uma

abordagem individual com os pacientes, a fim de realizar levantamentos de ideias sobre as atividades que gostariam de desenvolver durante a sessão de hemodiálise, foi utilizado indicador quantitativo, através de uma lista de assinatura que se encontra nos apêndices. A referida ação contou com a participação de 79 pacientes. Para avaliar as ações desenvolvidas nos dias 24, 25, 26 e 28 de abril de 2017, sendo estas a distribuição do folder informativo, dinâmica da caixa surpresa e dinâmica da pintura, foram distribuídos questionários com três perguntas destinadas a cada ação, onde os pacientes avaliaram como bom ou ruim.

O gráfico a seguir apresentará a análise da avaliação feita pelos pacientes no que diz respeito ao folder informativo, elaborado pela estagiária.

### Gráfico 02: Folder informativo

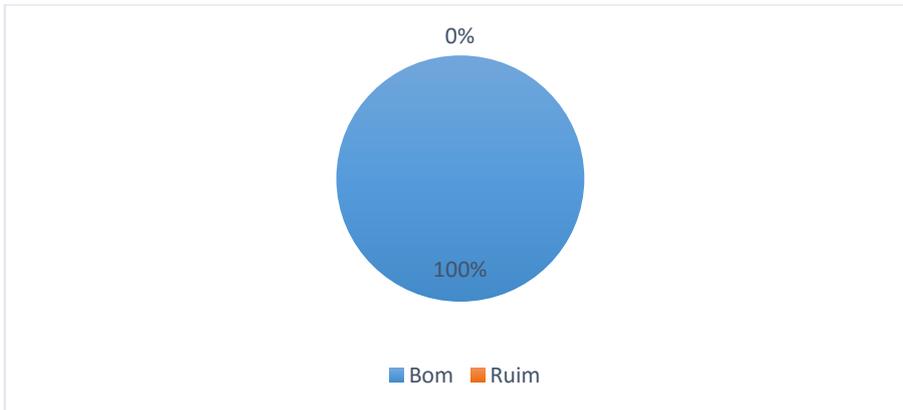


Fonte: (Elaborado pela autora, maio de 2017).

Os pacientes avaliaram em 100% o folder informativo como bom. Esse material continha informações sobre a importância do apoio familiar no processo saúde-doença em que estão inseridos, dicas de como aderir ao tratamento e de como melhorar a autoestima, a diferença entre o Auxílio Doença e o Benefício da Prestação Continuada (BPC) e o processo de trabalho do Serviço Social na Terapia Renal Substitutiva.

A segunda ação foi a dinâmica da Caixa Surpresa, momento em que foram discutidos os temas mais pertinentes, detectados como as principais problemáticas com necessidade de intervenção, avaliada pelos pacientes de acordo gráfico a seguir.

### Gráfico 03: Dinâmica da caixa surpresa

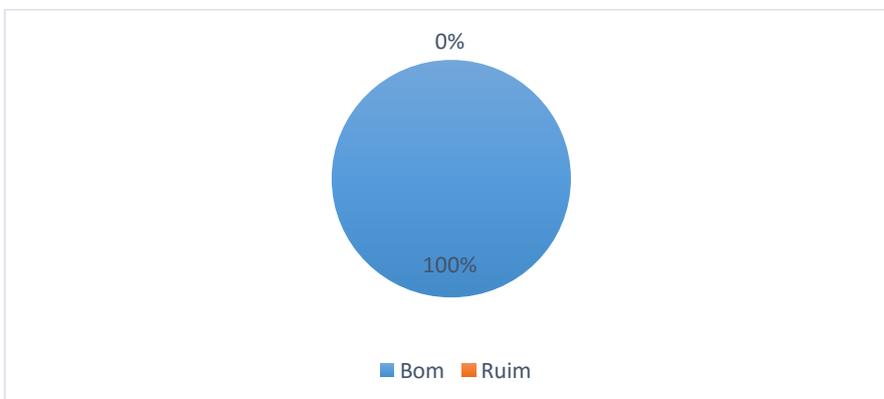


Fonte: (Elaborado pela autora, maio de 2017).

A dinâmica da caixa surpresa, avaliada em 100% como bom pelos pacientes foi o momento no qual os mesmos se mostraram bastante participativos e expressivos, discutiram sobre os temas abordados como a autoestima, o apoio familiar, os benefícios sociais, o Serviço Social, a importância da vida e a necessidade de aderir ao tratamento. Essa dinâmica buscou proporcionar a eles o desenvolvimento da autoconfiança.

A última ação foi a dinâmica da pintura, onde os pacientes externaram no papel em forma de pintura ou desenho o sentimento do momento e o que assimilaram sobre os temas debatidos na dinâmica da caixa surpresa. O gráfico a seguir exibe a análise da avaliação feita pelos pacientes no que diz respeito a dinâmica da pintura.

### Gráfico 04: Dinâmica da pintura



Fonte: (Elaborado pela autora, maio de 2017).

Essa ação, também avaliada em 100% como bom, pelos pacientes, encerrou as intervenções de cada dia, e foi o segundo momento mais expressivo dos pacientes, no qual todos

apresentaram sua arte, expuseram opiniões, emoções, desejos e sonhos a serem realizados, mostrando-se com mais esperança e perspectiva de vida.

Portanto, conclui-se que as ações desenvolvidas no Projeto de Intervenção “Autoestima Fator Primordial à Saúde” tiveram êxito, foram avaliadas e aprovadas em 100% como boas pelo público-alvo. E pode-se considerar ainda que isso se deve ao protagonismo que foi permitido aos pacientes, uma vez que as ações foram planejadas e desenvolvidas através de sugestões dadas por eles, no momento da abordagem individual, primeira ação do projeto.

## 5 ANÁLISE E SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA

Durante os períodos de estágio I e II, foi permitido à estagiária a realização de atribuições do Serviço Social, como: visita as salas para a identificação de faltas, trocas e demandas; distribuição das carteirinhas de cestas básicas que são doações externas; solicitação de justificativa de faltas as sessões de hemodiálise e consultas mensais, aproveitando o ensino e já intervindo nestas demandas, de acordo com as orientações da supervisora de campo. Estes momentos de visitas em sala foram muito importantes e essenciais para que a estagiária construísse uma relação de proximidade e confiança com os pacientes, bem como possibilitou o conhecimento das demandas mais frequentes, o que contribuiu para a identificação da problemática a ser trabalhada através do projeto de intervenção.

No que se refere aos documentos expedidos pelo Serviço Social, a estagiária teve a oportunidade de elaborar ofícios; declarações para fins de Tratamento Fora do Domicílio (TFD); preenchimento dos dados pessoais de pacientes para laudo de TFD municipal e laudo de Isenção do IPVA; além das atividades de leitura e inserção das evoluções do Serviço Social nos prontuários dos pacientes. A oportunidade de contato e leitura com os documentos acima citados, contribuiu para um maior conhecimento da estagiária sobre as documentações utilizadas pelo Serviço Social.

Dentre as atribuições que coube a estagiária somente a atividade de observação estão as observações aos atendimentos sociais, aos acolhimentos e ao processo de admissão. Atentar-se a estes momentos foram de muita importância, pois foi possível notar de que forma um profissional deve se posicionar em determinadas situações em meio as suas intervenções, ou seja, a observação não é uma técnica que serviu somente para o aprendizado do processo de trabalho profissional, para aprender os métodos e instrumentos utilizados em cada intervenção, ela contribuiu também para a percepção dos comportamentos que devem ser adotados pelo profissional de acordo com cada perfil de demanda apresentada.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o Estágio Supervisionado I foi uma experiência muito gratificante e louvável visto que foi uma oportunidade de presenciar o processo de trabalho do Assistente Social na política de saúde.

Foram recebidas orientações por parte de uma supervisora profundamente pautada nas legislações que regem a profissão, sempre respeitando os princípios, limites e possibilidades dos usuários e permitindo trocas de conhecimento na relação profissional-estagiário, tornando esses os pontos positivos que se somaram no processo de aprendizagem inicial. O estágio foi um período em que foi possível notar as dificuldades enfrentadas pelo profissional no dia a dia, o contato com os instrumentos de trabalho profissional e a percepção dos limites e possibilidades para o futuro profissional.

O Estágio Supervisionado II foi o momento de vivenciar ainda mais a prática profissional, através da elaboração e execução do Projeto de Intervenção, onde foi possível intervir na problemática detectada e conseguir o êxito nos resultados esperados nas ações do projeto. Vale ressaltar ainda que o Estágio Supervisionado I e II foi além do esperado, representando uma experiência que contribuiu tanto para o crescimento profissional quanto pessoal da estagiária.

## REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde, **Política Nacional de Promoção a Saúde**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004\\_19\\_07\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html)> Acessado em 25 de set. 2016.

NEFROCLÍNICA, Manual do Paciente, 2009.

AUGUSTA, Grizy Centenaro. **A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família**. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700102](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700102)> Acessado em 27 de set. 2016.

CEFESS, CÓDIGO DE ÉTICA DO/A ASSISTENTE SOCIAL. Lei 8662/93. Conselho Federal de Serviço Social. 1993. Disponível em <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)> Acessado em 24 de set. 2016.

CEFESS, Competências do assistente social. Resolução CEFESS N° 493, de 21/08/1006.

Lei Orgânica da Assistência Social, **Lei nº 8.742/93**. Disponível em <[http://www2.camara.leg.br/documentos-e\\_pesquisa/publicacoes/edicoes/arquivos-mobi/loas-2a-edicao](http://www2.camara.leg.br/documentos-e_pesquisa/publicacoes/edicoes/arquivos-mobi/loas-2a-edicao)> Acessado em 08 de set. 2016.

MECUM, Vade do Serviço Social. Editora Premiuns, 6ª edição.

ROCHA, Débora Cristina Santos; CARREGOSA, Ana Paula Reis Vianna, **Dados estatísticos do Serviço Social**. 05 de ago. 2016.

Misnistério da Saúde, **Política de Atenção aos Portadores de Doença Renal**. Portaria nº 389, de 13 de Março de 2014.

Disponível em: <<http://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>>. Acesso em 27 de nov. 2016.

Disponível em: <<http://sbn.org.br/publico/tratamentos/dialise-peritoneal/>>. Acesso em 27 de nov. 2016.

**ABEPSS, Política Nacional de Estágio.**

Disponível em: <<http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=170>>. Acesso em 30 de set. 2016.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em 03 de out. 2016>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ**. Disponível em: <[www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pd](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pd)>. Acesso em 03 de out. 2016.

CRUZ, Rafael da Souza; BASTOS, Francisco Eduardo Batista. **POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS.** Disponível em: <<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>>. Acesso em 30 de set. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, **Evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: A saúde na Nova República (1985-1988).** Disponível em: <[http://www.ebah.com.br/content/ABAAeI\\_sAB/evolucao-das-politicas-saude-no-brasil-a-saude-na-nova-republica-1985-1988](http://www.ebah.com.br/content/ABAAeI_sAB/evolucao-das-politicas-saude-no-brasil-a-saude-na-nova-republica-1985-1988)>. Acesso em: 05 de out. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema único de saúde.** Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em 05 de out. 2016.

ASSUNÇÃO, Carlos Henrique Paiva; TEXEIRA, Luiz Antonio. **A Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>> Acesso em 05 de out. 2015.

Disponível em: <<http://www.luciafreitas.com.br/blog/?p=372>>. Acesso em 05 de out. 2016.

BRASIL, **Portaria nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004.** Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_1168\\_ac.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm)> Acesso em 11 de out. 2016.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em:< [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)>. Acesso em 13 de out. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional De Saúde.** Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em 13 de out. 2016.

MOTA, Ana Elizabete (org); SOUZA, Maria Inês Bravo; UCHÔA, Roberta; RIBEIRO, Vera Maria Nogueira; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEXEIRA, Marlene. **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional.** 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em 03 de out. 2016>.

FRITZEN, Silvino José. **Exercícios Práticos de Dinâmicas de Grupo.** ed 14ª. Editora Vozes.

## APÊNDICES

## CONVITE



## Convite

O Serviço Social convida todos os pacientes a participarem do Projeto de Intervenção da Estagiária Kimberlly Carvalho.

Tema: **Autoestima Fator Primordial a Saúde**



Supervisão da Assistente Social: **Débora C. R. Santos**

Facilitadora: **Ana Carine Satler (Psicóloga)**

### PROGRAMAÇÃO:

**Dinâmica da Caixa Surpresa e pinturas, abordando temas como:** Importância da autoestima, da adesão ao tratamento e consultas, da família e do Serviço Social no processo saúde-doença.

**Distribuição de Folders, abordando conteúdo como:** Importância da família, da adesão ao tratamento e consultas, função do Serviço Social no processo de Terapia Renal substitutiva e diferenças entre alguns benefícios sociais.

<b>Dia do Mês</b>	<b>24/04</b>	<b>25/04</b>	<b>28/04</b>
<b>Dia da Semana</b>	Segunda	Terça	Sexta
<b>Horário</b>	08:00	08:00	08:00
<b>Local</b>	Salas de Hemodiálise (Térreo)	Salas de Hemodiálise (Térreo)	Sala de Hemodiálise (Andar)

*Contamos com a presença de todos!*

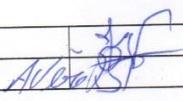
## LISTA DE PRESENÇA REFERENTE A PRIMEIRA AÇÃO

Lista de assinatura, dos pacientes abordados no dia 20 de Março de 2017.

Abordagem individual realizada pela estagiária como forma de levantamentos de ideias, para atividades a serem desenvolvidas, durante a hemodiálise.

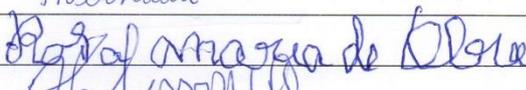
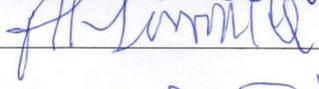
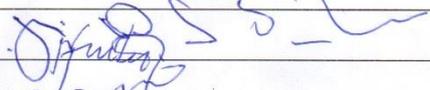
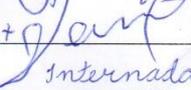
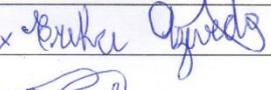
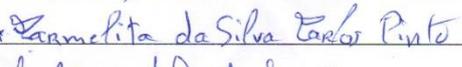
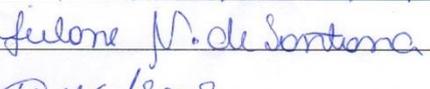
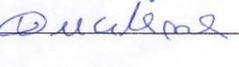
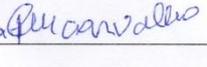
Joao Damaceno Lima	
Débora da Silva Gomes	Débora da S. Gomes
Luzia Pereira Santos Almeida	Luzia Pereira Santos Almeida
Maria Lucia Alves dos Santos	
Honorato C. do Nascimento	
Abdias Celestino de Souza	
Antônio José de Sandes	Antônio José de Sandes
Analice Mota Silva	Analice Mota Silva
Miraldo Serafim dos Santos	Miraldo Serafim dos Santos
Jose Neverton dos Reis Matos	Jose Neverton dos Reis Matos
Ana Maria Santos do Nascimento	Ana Maria Santos do Nascimento
João da Silva	
Valdênia Fraga Fontes	Valdênia Fraga Fontes
Roberto da Silva Guimarães	
Josefa Leal de Abreu	
Jose Marcos Fontes	
João Batista dos Santos	João Batista dos Santos
Maria Ana Paula Santos	Maria Ana Paula Santos
Ancelmo dos Santos	Ancelmo dos Santos
Marlene Balbino do Carmo	Marlene Balbino do Carmo
Jose Antonio Alves da Silva	Jose Antonio Alves da Silva
Maria Aparecida dos Santos II	
Adolpho Arnaldo Cox dos Santos	
Joao Marques dos Santos Filho	
Givanilton Santos Marinho	Givanilton Santos Marinho
Galdino Santos Neto	Galdino Santos Neto
Maria das Graças de Jesus Souza	
Benedito Jose dos Santos	
<b>ISOLAMENTO</b>	
Nildomar Cavalcante	
Joel dos Santos	
<b>SALA C</b>	
Célio Augusto Fonseca	
Ruth dos Santos	Ruth
Aguinaldo Laurentino dos Santos	
<b>SALA BRANCA 3</b>	
Ilton Gomes Rodrigues	Ilton Gomes Rodrigues
Mateus Pereira de Souza	Mateus P. Souza

Ana Paula J. Santos BMD Paula  
Jose Alan Moreira dos Santos

Jose Efren do Nascimento	
Averaldo Rocha dos Santos	

**Lista de assinatura, dos pacientes abordados no dia 20 de Março de 2017.**

**Abordagem individual realizada pela estagiária como forma de levantamentos de ideias, para atividades a serem desenvolvidas, durante a hemodiálise.**

Paciente	
<b>SALA BRANCA 2</b>	
Adilson Bezerra de Aguiar	x 
Carlos Diniz	
Alessandro Augusto Senna Nascimento	
David A. S. dos Anjos	x
Joselito de Jesus	x 
Brunno Eduardo Santos de Araujo	
Dilza Maria de Souza Silveira	internada
Rosa Maria de Abreu	
Alfredo Lima	
Joaq Batista Santos Filho	
Nilton de Araújo Fontes	
Dario Gomes Pinto	+ 
Maria do Carmo Ribeiro Viana	internada
Érika Clea Santos de Azevedo	x 
Marcelo Fonseca Dias	
Carmelita da S. Carlos Pinto	x 
Jeilane Nascimento de Santana	
Ducilene Rodrigues dos Santos	
Marco Antônio Miranda Duarte	
Priscila Matos dos Santos de Carvalho	x 

Sueli Souza Brito de Sousa  
 Márcia Santana N. Valmeida

Sueli Souza Brito de Sousa  
 Márcia S. M. Valmeida

Lista de assinatura, dos pacientes abordados no dia 21 de Março de 2017.

Abordagem individual realizada pela estagiária como forma de levantamentos de ideias, para atividades a serem desenvolvidas, durante a hemodiálise.

Jefferson Menezes Lima	Jefferson Menezes Lima
Maria Ester Celestina dos Reis	
Liana de Gois Guimarães Santos	Liana de Gois Guimarães Santos
Luiz Carlos Ferreira Santos	Luiz C. F. Santos
Jose Valter da Silva Junior	
Nayane Souza Oliveira	Nayane Souza Oliveira
Júlio Adalberto dos Santos	Júlio A. dos Santos
Eliene Vieira dos Santos	Eliene Vieira dos Santos
Marlene Aquino dos Santos	Marlene Aquino dos Santos
Maria das Graças Santos	Maria das Graças Santos
Alexsandro Soares da Silva	
Edibelson Gomes dos Santos	Edibelson Gomes dos Santos
Jailton Freitas Neres	Jailton Freitas Neres
Agrício Barbosa de Jesus	
Amara Francisca da Conceição	Amara Francisca da Conceição
Ednalva Bento dos Santos	Ednalva Bento dos Santos
Aparecida Nunes do Espírito Santo	Aparecida Nunes do Espírito Santo
Carmem Lucia Lima Santos	Carmem Lucia Lima Santos
Elenilton Querino Brandão	Elenilton Querino Brandão
Dionísio Barbosa de Melo	Dionísio Barbosa de Melo
Judite da Silva Nascimento	Judite da Silva Nascimento
Jose Carlos Mateus dos Santos	Jose Carlos Mateus dos Santos
Manoel Vieira Dantas	Manoel Vieira Dantas
Fernando Luiz Alves Guimarães	Fernando Luiz Alves Guimarães
Maria Ribeiro Nascimento	Maria Ribeiro Nascimento
Arlene Francisca dos Santos	Arlene Francisca dos Santos
Márcio José da Costa Santos	Márcio José da Costa Santos
Ângela Maria Santos Pereira	Ângela Maria Santos Pereira
<b>SALA C</b>	
José Domingos de Jesus	José Domingos de Jesus
Jose Augusto dos Santos	Jose Augusto dos Santos
Anderson Santos	Anderson Santos
Maria das Graças Silva	Maria das Graças Silva
<b>SALA BRANCA 3</b>	
Eliezer Santos França	Eliezer Santos França
Manoel Gomes Neto	Manoel Gomes Neto
Marcio Costa Santos	Marcio Costa Santos
Gilvânia dos Santos	Gilvânia dos Santos
<b>SALA B</b>	
Claudionor Santos Pinto	Claudionor S. Pinto

## DISTRIBUIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO FOLDER INFORMATIVO

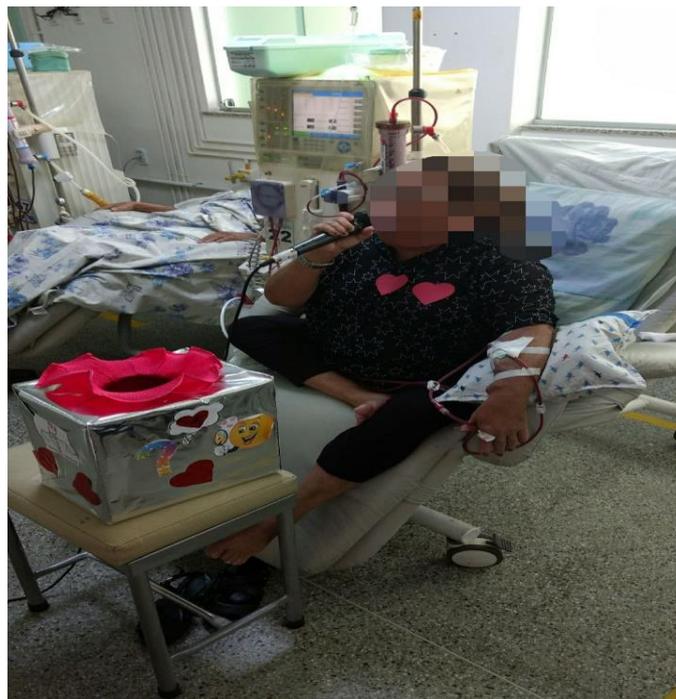


(Fonte: Autora, abril de 2017).

## DINÂMICA DA CAIXA SURPRESA



(Fonte: Autora, abril de 2017).



(Fonte: Autora, abril de 2017).

## DINÂMICA DA PINTURA



(Fonte: autora, abril de 2017)



(Fonte: Autora, abril de 2017).

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

### Avaliação Qualitativa do Projeto de Intervenção: “Autoestima Fator Primordial a Saúde”

1. Como você avalia a Dinâmica da Caixa Surpresa e a Dinâmica da Pintura?

( )  ( ) 

2. Como você avalia o folder informativo?

( )  ( ) 

3. Como você avalia os temas apresentados no projeto?

( )  ( ) 

(Fonte: Elaborado pela autora, abril de 2017).

## FOLDER INFORMATIVO

### AGRADECIMENTOS:

Agradeço primeiramente a Deus e a minha família. As minhas supervisoras de campo e acadêmica por todo conhecimento que a mim foi passado. Agradeço a família Nefroclínica pela oportunidade e por me receber tão bem, e a vocês pacientes que me acolheram de forma tão carinhosa, em todas as manhãs durante as visitas realizadas em sala.

Desejo a vocês muita saúde e força de vontade para continuar forte na luta pela vida.

Muito Obrigada!!!

**Kimberlly Carvalho**

### PARTICIPANTES:

**Kimberlly R. Carvalho dos Santos**

Estagiária do Serviço Social

**Débora Cristina Rocha Santos**

Supervisora de Campo

**Fernanda Silva Nascimento**

Supervisora Acadêmica

**Ana Carine Sattler Maia**

Facilitadora da Dinâmica



### PROJETO DE INTERVENÇÃO

**“AUTOESTIMA, FATOR  
PRIMORDIAL À SAÚDE”**



Aracaju

2017

<p style="text-align: center;"><b>FAMÍLIA...</b></p>  <p><b>Por que é importante aceitar o apoio familiar?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os familiares ajudam-se nos bons e maus momentos;</li> <li>- Família é fonte de amor, harmonia e proteção integral;</li> <li>- É apoio para a resolução de conflitos;</li> <li>- É refúgio para os momentos de aflição e inseguranças.</li> </ul> <p style="text-align: center;">“A verdadeira felicidade está na própria casa, entre as alegrias da família.”</p> <p style="text-align: center;">Leon Tolstói</p> <p><b>Dicas de como melhorar a autoestima?</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enxergar suas próprias qualidades;</li> <li>- Acreditar que é capaz de amar e ser amado;</li> <li>- Reúna-se com amigos;</li> <li>- Se aceite e esqueça comparações;</li> <li>- Faça o que gosta;</li> <li>- Celebre suas vitórias.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>O SERVIÇO SOCIAL</b></p>  <p><b>O que faz um Assistente Social no processo de terapia renal substitutiva?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza acolhimento;</li> <li>- Admissão Social;</li> <li>- Realiza estudo socioeconômico dos seus usuários, através de um olhar crítico e técnicas que somente o Serviço Social tem entendimento para utilizar em sua prática.</li> <li>- Acompanhamento;</li> <li>- Encaminhamentos diversos de acordo com a demanda apresentada;</li> <li>- Orienta e encaminha para os direitos sociais;</li> <li>- Orienta sobre o processo de transplante renal;</li> <li>- Gestão de vagas;</li> <li>- Identifica e realiza intervenções: absenteísmos (sessões e ambulatório), entre outros.</li> </ul> <p><b>Como devo aderir ao tratamento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não faltar às sessões de hemodiálise;</li> <li>- Não faltar às consultas mensais;</li> <li>- Seguir a dieta estabelecida;</li> <li>- Tomar as medicações corretamente;</li> <li>- Seguir as orientações da equipe multidisciplinar.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>AUXÍLIO DOENÇA OU BENEFÍCIO DA PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)</b></p> <p><b>Auxílio Doença (Lei nº 8.212/91; nº 8.213/91)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deve ser contribuinte da Previdência Social;</li> <li>- Incapacitado de trabalhar por razão de doença ou acidente;</li> <li>- Tem direito ao décimo terceiro salário;</li> <li>- Fica para os dependentes em caso de morte;</li> <li>- Pode ser revertido em Aposentadoria por Invalidez.</li> </ul> <p><b>Benefício da Prestação Continuada (BPC) (Lei nº 8.742/93)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS);</li> <li>- É um benefício assistencial, logo não precisa ser contribuinte da Previdência Social;</li> <li>- Concedido a pessoa com deficiência ou idosos acima de 65 anos de idade;</li> <li>- Benefício no valor de um salário mínimo;</li> <li>- A renda mensal deve ser de 1/4 do salário mínimo, por pessoa residente no domicílio;</li> <li>- Não tem direito ao décimo terceiro salário;</li> <li>- Não fica para os dependentes em caso de morte.</li> </ul>
--	--	---

ANEXOS









## ADMISSÃO SOCIAL

### IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_  
 INFORMANTE: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_ GÊNERO: \_\_\_\_\_ RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ETNIA ( ) B ( ) P ( ) N  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
 PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDADE: ( ) ANALFABETO ( ) ALFABETIZADO ( ) FUNDAMENTAL COMPLETO  
 ( ) FUNDAMENTAL INCOMPLETO ( ) MÉDIO COMPLETO ( ) MÉDIO INCOMPLETO  
 ( ) SUPERIOR COMPLETO ( ) SUPERIOR INCOMPLETO OUTROS: \_\_\_\_\_

### COMPOSIÇÃO FAMILIAR

RESIDE COM: ( ) CÔNJUGE ( ) FILHOS ( ) SOZINHO(A) ( ) OUTROS \_\_\_\_\_  
 QUANTIDADE DE FILHOS: \_\_\_\_\_  
 RENDA MENSAL: \_\_\_\_\_

NOME	GRAU DE PARENTESCO	IDADE	OCUPAÇÃO	RENDA

### CARACTERÍSTICAS DO DOMICILIO

LOCALIDADE: ( ) RURAL ( ) URBANA  
 SITUAÇÃO: ( ) PRÓPRIA ( ) ALUGADA ( ) CEDIDA ( ) FINANCIADA  
 TIPO DE MORADIA: ( ) APTO ( ) CHÁCARA/FAZENDA ( ) CASA ( ) OUTRO: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE CONSTRUÇÃO: ( ) ALVENARIA ( ) TAIPA ( ) TIJOLO ( ) BARRACO ( ) OUTRO: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE PISO: ( ) MADEIRA ( ) CIMENTO ( ) TERRA BATIDA ( ) REVESTIMENTO  
 TIPO DE FORO: ( ) TELHA ( ) LAJE ( ) GESSO ( ) PVC ( ) OUTROS  
 TIPO DE PAREDE: ( ) REBOCO ( ) SEM REBOCO ( ) PINTURA ( ) REVESTIDA

### SANEAMENTO BÁSICO

PROCEDÊNCIA DA ÁGUA: ( ) ÁGUA TRATADA ( ) CARRO PIPA ( ) POÇO ARTESIANO  
 ESGOTO: ( ) FOSSA ( ) REDE DE ESGOTO ( ) CÉU ABERTO ( ) OUTRO \_\_\_\_\_  
 RUA CALÇADA: ( ) SIM ( ) NÃO  
 ILUMINAÇÃO: ( ) REDE ELETRICA ( ) VELA/CANDIEIRO ( ) GERADOR PROPRIO ( ) SOLAR



**INTALAÇÕES SANITARIAS:** ( ) DENTRO DE CASA ( ) FORA DE CASA ( ) NÃO POSSUI  
**DESTINO DO LIXO:** ( ) COLETADO ( ) ENTERRADO ( ) QUEIMADO ( ) CÉU ABERTO  
**ANIMAIS DOMÉSTICOS:** ( ) SIM ( ) NÃO QUAL: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ECONÔMICA

**ATIVIDADE OCUPACIONAL:** ( ) BRAÇAL ( ) DIARISTA ( ) AGRICULTOR ( ) DO LAR  
 ( ) COMERCIANTE ( ) FUN. PÚBLICO ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) AUXÍLIO DOENÇA  
 ( ) PENSIONISTA ( ) APOSENTADORIA POR INVALIDEZ ( ) APOSENTADORIA POR TEMPO  
**BENEFÍCIOS SOCIAIS:** ( ) BPC ( ) BOLSA FAMÍLIA ( ) TARIFA SOCIAL AGUA ( ) TARIFA SOCIAL DE  
 ENERGIA ( ) OUTRO \_\_\_\_\_  
**TRANSPORTE** ( ) CARRO PRÓPRIO ( ) ÔNIBUS ( ) SOCIAL ( ) PARTICULAR

### ASPECTOS DA SAÚDE

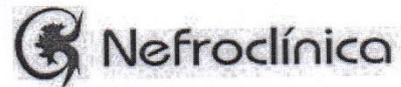
POSSUI PORTADOR DE DEFICIÊNCIA NA FAMÍLIA: ( ) SIM ( ) NÃO  
 QUAL TIPO: \_\_\_\_\_  
 TABAGISTA: ( ) SIM ( ) NÃO. DEIXOU HÁ QUANTO TEMPO \_\_\_\_\_  
 ETILISTA: ( ) SIM ( ) NÃO. DEIXOU HÁ QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_  
 PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA: ( ) SIM ( ) NÃO. QUAL: \_\_\_\_\_  
 NECESSITA DE APOIO PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS: ( ) SIM ( ) NÃO

### ASPECTOS DO TRATAMENTO

**ENCAMINHADO POR:** \_\_\_\_\_ **SERÁ ACOMPANHADO POR:** \_\_\_\_\_  
**DEFICIÊNCIA/DIFICULDADE/INCAPACIDADE?**  
 ( ) FÍSICA ( ) MENTAL ( ) INTELLECTUAL QUAL: \_\_\_\_\_  
**ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS** ( ) SIM ( ) NÃO  
**ANTECEDENTES CARDÍACOS** ( ) SIM ( ) NÃO  
**DOENÇA DE BASE:** ( ) DIABETES ( ) HIPERTENSÃO ( ) CARDÍACO ( ) DOENÇA OSSEA ( ) DISTRURBIO  
 PSICOLOGICO QUAL? \_\_\_\_\_ ( ) DISTRURBIO DO SONO OUTROS: \_\_\_\_\_  
**PRESENÇA DE DIURESE** ( ) SIM ( ) NÃO ( ) POUCA  
**TIPO DO TRATAMENTO:** ( ) CAPD ( ) DPA ( ) HD  
**TRATAMENTO EM OUTRO CENTRO:** ( ) SIM ( ) NÃO QUAL: \_\_\_\_\_  
**1º HD NA VIDA:** DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_  
**DATA DE ADMISSÃO NA NEFROCLÍNICA:** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**INTERESSE EM DP** ( ) SIM ( ) NÃO **CONDIÇÕES PARA MIGRAR PARA DP:** ( ) SIM ( ) NÃO  
**TEMPO DE TRATAMENTO:** \_\_\_\_\_  
**TIPO SANGUÍNEO:** \_\_\_\_\_ **Nº DE TRANSFUÇÕES:** \_\_\_\_\_ **DATA DA ÚLTIMA TRANSFUÇÃO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**Nº DE GESTAÇÕES:** \_\_\_\_\_ **DATA DA ÚLTIMA GESTAÇÃO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**TIPO DE ACESSO:** ( ) FAV ( ) CATETER ( ) PC ( ) SEM ACESSO DATA DO IMPLANTE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





**PLANILHA PARA ENTREGA DE EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE**

Data do encaminhamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente	Procedimento

Assinatura de Recebimento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Rua: Lagarto, 1784 Bairro: São José CEP: 49015-270 Aracaju/SE Telefone: (79) 4009-9800 Site: [www.nefroclinica-se.com.br](http://www.nefroclinica-se.com.br) E-mail: [nefroclinica@nefroclinica-se.com.br](mailto:nefroclinica@nefroclinica-se.com.br) E



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)

Sr (a). Paciente;

Este documento visa informar sobre os métodos de diálise, isto é, da substituição da função produtora de urina dos rins por métodos artificiais e sobre as possíveis complicações desses modos de tratamento. Acreditamos ser de nosso dever e do interesse de cada paciente estar o mais ciente possível de como será seu tratamento, de maneira a que possa participar ativa e conscientemente da escolha da opção de diálise mais adequada a cada um.

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, optei, de livre vontade, por iniciar minha terapia dialítica nesta Unidade, sob orientação do (a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ e demais membros desta equipe médica. Fui informado(a) e compreendo que sofro de insuficiência renal crônica, e que a incapacidade dos meus rins em eliminarem as impurezas do organismo vêm me causando problemas. Recebi esclarecimentos sobre os tipos de diálise disponíveis, tanto a hemodiálise, quanto à peritoneal, seus riscos e benefícios, e também sobre as circunstâncias em que é indicado o encaminhamento para o programa de transplante renal, que **PODE** ou **NÃO** estar indicado para o meu caso.

Tendo sido plenamente informado(a), eu escolho e autorizo a **hemodiálise** como método de tratamento na minha condição atual. Sei que o processo de hemodiálise consiste na filtragem do meu sangue através de uma máquina, na qual é instalado um filtro artificial chamado "Capilar" que tem a capacidade de eliminar o excesso de água e impurezas que se acumulam no meu sangue devido ao mau funcionamento dos rins. Estou ciente de que terei de comparecer várias vezes por semana para realizar as sessões de diálise, que poderão durar de duas a cinco horas, dependendo da minha condição clínica e dos meus exames de laboratório. Também sei que terei de sofrer punção na minha fístula para iniciar as sessões de diálise e que poderá ser necessária a passagem de um cateter para a diálise.

Fui devidamente esclarecido(a) de que, embora a **hemodiálise**, tenha como meta prolongar, com qualidade, a minha vida, evitando que eu morra por insuficiência renal, complicações decorrentes dessa mesma terapia podem, ainda, que raramente, causar complicações fatais.



Certifico que este consentimento informado me foi explicado, e que eu li ou leram para mim, que as lacunas foram preenchidas e que compreendi seu conteúdo.

Familiares Treinados:

---



---



---

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Testemunha 1. \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Testemunha 2. \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**Obs.: O paciente/responsável e as testemunhas deverão rubricar todas as páginas deste documento**

**Autorizo a minha inscrição em lista de espera de transplante renal de doador falecido do Estado de Sergipe, conforme avaliação e indicação médica. ( ) Sim ( ) Não**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



**TERMO DE RESPONSABILIDADE LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA TRÂNSITO /TRANSFERÊNCIA**

Eu \_\_\_\_\_ (nome do paciente), inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, solicito trânsito e/ou transferência para o Estado de \_\_\_\_\_, visando:

- iniciar e/ ou dar continuidade ao procedimento de consultas e exames no \_\_\_\_\_ (nome do hospital);
- pleitear possível inclusão na lista de espera (doador falecido/ doador vivo);
- realizar viagem de lazer.

Para tanto, aceito cumprir as orientações prestadas pela equipe multidisciplinar da Nefroclínica.

Fui adequadamente informado(a) e ao meu acompanhante/familiares, prováveis doadores vivos, que a solicitação de trânsito só pode ser realizada com no mínimo 60 dias de antecedência e que, uma vez solicitado ao Serviço Social, o mesmo encaminhará a Central de Regulação e/ ou a clínicas particulares para o seu devido encaminhamento. Sabemos, também, que o endereço da moradia ou hospedagem do local de destino é obrigatório, sob pena de não confirmação do trânsito. Por fim, fomos também informados sobre o agendamento prévio da triagem (consulta com equipe) no local ou Estado de destino, no caso de Transplante e que, neste caso, é obrigatória a apresentação dos seguintes documentos: laudos necessários para a tramitação dos processos, relatórios médicos, benefícios do TFD (Tratamento Fora do Domicílio), entre outros.

Fui devidamente orientado(a) que apenas estarei autorizado(a) a viajar com a confirmação do trânsito e/ou transferência e documentação entregue pelo Serviço Social, e que, após 90 dias do trânsito e/ou transferência, serei automaticamente desligado da Central de Regulação deste Estado e/ou da Nefroclínica. De igual forma, fui informado que é necessário cumprir os prazos solicitados, posto que, na hipótese de descumprimento do prazo de trânsito solicitado, tenho que informar o retorno a equipe multidisciplinar da Instituição a qual faço parte para a realização do meu tratamento, sob pena de responder pelo meu ato, além de ter a exata noção de que estarei comprometendo meu estado clínico e os riscos que posso vir a ter.



Li as informações e entendi as explicações da Assistente Social

\_\_\_\_\_.

Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente.  
Entendo que não exista garantia dos resultados esperados em relação ao Trânsito  
solicitado e/ou Transplante no Estado onde me candidatei.

Será meu acompanhante e/ ou provável doador vivo o Sr (a)

\_\_\_\_\_.

Sei que está resguardado meu direito de desistir do trânsito e/ou transferência.

( ) Desistência Motivos: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Concordo com tudo que foi apresentado.

( ) Paciente ( ) Responsável Grau de  
parentesco \_\_\_\_\_

Nome em letra de forma \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Testemunha 1. \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Testemunha 2. \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local e data dia mês ano

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA  
PARA PORTADORES DE MOLÉSTIA GRAVE**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_  
matrícula nº \_\_\_\_\_, venho requerer o reconhecimento pela PSS de ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE sobre os valores por mim recebidos a título de Suplementação de Aposentadoria / Pensão, nos termos das Leis 7.713/1988 e 9.250/1995. <sup>1</sup>

Para tanto, apresento o LAUDO MÉDICO PERICIAL em anexo, estando ciente que para o reconhecimento da isenção todos os campos deverão ser devidamente preenchidos e ser assinado por médico especializado do serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, em conformidade com a legislação em vigor.

Declaro, ainda, estar ciente que a falsidade das informações prestadas é punível nos termos da lei.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário

**<sup>1</sup> Legislação pertinente:**

**Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988**

(...)

Art. 6º Ficam isentos do imposto de renda os seguintes rendimentos percebidos por pessoas físicas:

(...)

XIV - os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrite anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma; (Inciso alterado pela Lei nº 11.052, de 29/12/2004 - DOU de 30/12/2004)

**Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995**

Art. 30º A partir de 1º de janeiro de 1996, para efeito do reconhecimento de novas isenções de que tratam os incisos XIV e XXI do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47 da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, a moléstia deverá ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

§ 1º O serviço médico oficial fixará o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle.

§ 2º Na relação das moléstias a que se refere o inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47, da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, fica incluída a fibrose cística (mucoviscidose).

**Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999**

Art. 39. Não entrarão no cômputo do rendimento bruto:

Proventos de Aposentadoria por Doença Grave

XXXIII - os proventos de aposentadoria ou reforma, desde que motivadas por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrite anquilosante, nefropatia grave, estados avançados de doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida, e fibrose cística (mucoviscidose), com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV, Lei nº 8.541, de 1992, art. 47, e Lei nº 9.250, de 1995, art. 30, § 2º);

§ 4º Para o reconhecimento de novas isenções de que tratam os incisos XXXI e XXXIII, a partir de 1º de janeiro de 1996, a moléstia deverá ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, devendo ser fixado o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle (Lei nº 9.250, de 1995, art. 30 e § 1º).

§ 5º As isenções a que se referem os incisos XXXI e XXXIII aplicam -se aos rendimentos recebidos a partir:

I - do mês da concessão da aposentadoria, reforma ou pensão;

II - do mês da emissão do laudo ou parecer que reconhecer a moléstia, se esta for contraída após a aposentadoria, reforma ou pensão;

III - da data em que a doença foi contraída, quando identificada no laudo pericial.

§ 6º As isenções de que tratam os incisos XXXI e XXXIII também se aplicam à complementação de aposentadoria, reforma ou pensão.

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

para fins de reconhecimento de isenção de IRRF

Este documento deve ser preenchido e assinado por médico especializado, lotado em órgão do serviço médico oficial.

Identificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Pela legislação vigente são isentos do imposto de renda, os proventos de aposentadoria, percebidos pelos portadores das seguintes doenças graves, desde que comprovados mediante Laudo Pericial emitido por **serviço médico oficial**, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

Alienação mental	Fibrose cística (Mucoviscidose)
Cardiopatía grave	Hanseníase
Cegueira	Hepatopatia grave
Contaminação por radiação	Nefropatia grave
Estados avançados de doença de Paget (Osteíte deformante)	Neoplasia maligna
Doença de Parkinson	Paralisia irreversível e incapacitante
Esclerose múltipla	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Espondiloartrose anquilosante	Tuberculose ativa

Caso o paciente acima identificado seja portador de uma das moléstias do quadro acima, por favor, indique o(s) código(s) CID da(s) respectiva(s) moléstia(s).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A moléstia da qual o paciente é portador é passível de controle? Em caso positivo, indicar prazo de validade deste laudo.

SIM

Prazo de Validade: \_\_\_\_\_

(OBS: Não será aceito prazo indeterminado como resposta)

NÃO

Declaro que o presente laudo foi elaborado tendo por base documentos e exames comprobatórios, tendo ciência das sanções legais em caso da não veracidade das informações.

Local \_\_\_\_\_ / Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Médico \_\_\_\_\_

Identificação do médico responsável:

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM nº: \_\_\_\_\_

Especialidade(s): \_\_\_\_\_

Carimbo do Serviço Médico Oficial:



Ministério da  
Fazenda



Receita Federal

**Laudo de Avaliação  
Deficiência Física e/ou Visual**

**INSTRUÇÕES E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA  
O BENEFÍCIO PREVISTO NA LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995.  
DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL**

(Definições de acordo com o Decreto nº 3.298, de  
20 de dezembro de 1999, e CID-10)

**Definições:**

I. **Deficiência (1):** toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de uma atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

II. **Deficiência permanente:** a que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos.

III. **Incapacidade:** uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

IV. **Deficiência física (2):** alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

V. **Deficiência visual (2):** acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, depois da melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (Tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações (art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, incluído pela Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003).

**Importante:**

1. A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência e que prestem serviço para a Unidade Emissora do Laudo (UEL).

2. O Laudo só poderá ser emitido se a deficiência atender cumulativamente aos critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade (itens I a III, acima), manifestando-se sob uma das formas de deficiência física (item IV) ou visual (item V).



Ministério da  
Fazenda



Receita Federal

**Laudo de Avaliação**  
**Deficiência Física e/ou Visual**  
**Informações Complementares - Portador de Deficiência Física e/ou Visual**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome	CPF

**2. DEFICIÊNCIA FÍSICA**

**Portador de Deficiência Física**

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica, onde constatou-se que, para fins de aquisição de veículo com isenção de IPI, o mesmo é portador de deficiência física, apresentando alteração completa ou parcial do(s) seguinte(s) segmento(s) do corpo humano:

(Assinalar ao menos um dos segmentos abaixo)

Cabeça     Pescoço     Tronco     Membros Inferiores     Membros Superiores

A(s) alteração(ões) acima acarretam o comprometimento da função física do segmento afetado, representando uma perda ou anormalidade que gera incapacidade (\*) para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, ainda que de forma parcial, apresentando-se sob a forma de:

(Assinalar ao menos uma das formas abaixo)

Paraplegia     Monoparesia     Triplegia     Hemiparesia     Paralisia Cerebral

Paraparesia     Tetraplegia     Triparesia     Ostomia     Nanismo

Monoplegia     Tetraparesia     Hemiplegia     Amputação ou Ausência de Membro

Membros inferiores e/ou superiores com deformidade congênita ou adquirida, sendo que tal deformidade não é de origem estética e resulta em dificuldade para o desempenho das funções do membro deformado, representando uma perda ou anormalidade que gera incapacidade (\*) para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, ainda que de forma parcial.

(\*) incapacidade - uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida. (Dec. 3.298/99, art. 3º, inc.III)

**3. DEFICIÊNCIA VISUAL**

**Portador de Deficiência Visual**

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica onde constatou-se que, para fins de aquisição de veículo com isenção de IPI, o interessado é portador de deficiência visual, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condições:

Acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção;

Campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen).



Ministério da  
Fazenda



Receita Federal

**Laudo de Avaliação  
Deficiência Física e/ou Visual**

**Informações Complementares - Portador de Deficiência Física e/ou Visual  
Continuação**

**4. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação - Deficiência Física e/ou Visual, anexo IX da IN RFB nº 988, de 2009, por nós subscrita, sendo a expressão da verdade, sob as penas da Lei nº 8.137/1990, que trata dos crimes contra a ordem tributária, combinado com as demais sanções legais, em especial o disposto no art. 299 do Código Penal.

**5. ASSINATURA**

Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Unidade Emissora do Laudo	CNPJ
Responsável	CPF
Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo	



GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
DIRETORIA DE GESTÃO DE SISTEMAS  
CENTRAL DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

### LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO

#### 01. IDENTIFICAÇÃO

##### PACIENTE

CNS :	NOME:		
DATA DO NASC:	SEXO:	RG:	
NOME DA MÃE :			
ENDEREÇO:	Nº		
BAIRRO :	MUNICÍPIO:	CEP:	UF:
TELEFONES:			

##### ACOMPANHANTE

NOME:			
PARENTESCO:	RG:		
ENDEREÇO:	Nº		
BAIRRO :	MUNICÍPIO:	CEP:	UF:

#### 02. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

TIPO SANGUINEO/FATOR RH: ----- PESO:-----

##### No caso de cardiologia

Diagnóstico relacionado ao procedimento solicitado	
Classe funcional e função ventricular	
Medicação em uso com dose	

#### 03. JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas:	
Condições que justificam a internação:	
Principais resultados e provas diagnóstica	



**DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR DO IDOSO E DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA**

ANEXO III  
O/INSS/DIRBEN Nº 81/2003

**NOME DO REQUERENTE:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_

**UF:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_ **DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:** \_\_\_\_\_ **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** \_\_\_\_\_

**Declaração para fins de requerimento do Benefício Assistencial devido ao idoso e ao portador de deficiência (Lei nº 8.742/93), que o requerente acina qualificado:**

Vive sozinho  Vive internado: \_\_\_\_\_  Convive sob o mesmo teto com as pessoas relacionadas abaixo:

ORDEN REQUERENTE	NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	SITUAÇÃO OCUPACIONAL	RENDIMENTO MENSAL	EXISTE COMPRAVAÇÃO DE RENDIMENTOS?
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

**Pela presente, declaro serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades no Código Penal Brasileiro, arts. 171 e 299.**

Local: \_\_\_\_\_ Assinatura do Requerente ou Representante Legal \_\_\_\_\_

**Preencher quando o declarante for o Representante Legal**

**NOME:** \_\_\_\_\_ **RG (Identidade):** \_\_\_\_\_ **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**Condição do Representante Legal**

PAI  MÃE  CURADOR  TUTOR  PROCURADOR  DIRETOR DE ENTIDADE FILANTROPICA



Uma cidade para todos



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH**

DO PRONTUÁRIO: [ ] Nº DO LAUDO: [ ] Nº DO LAUDO SUPLEMENTAR: [ ] Nº DO CARTÃO SUS: [ ]

**DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE**

IDADE DE ORIGEM: [ ] CÓDIGO DA UNIDADE: [ ] CGC: [ ]  
 IDADE DE DESTINO: [ ] CÓDIGO DA UNIDADE: [ ] CGC: [ ]

**DADOS DO PACIENTE**

DME DO(A) PACIENTE: [ ] DATA DO NASCIMENTO: [ ]  
 DME DA MÃE: [ ] SEXO: [ ] Masculino [ ] Feminino [ ]  
 NATURALIDADE (CIDADE / UF): [ ] DOC. DE IDENTIDADE / ORGÃO EMISSOR: [ ]  
 ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): [ ] MUNICÍPIO ONDE RESIDE: [ ] C.E.P.: [ ]

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

ATA DA INTERNAÇÃO: [ ] HORÁRIO DA INTERNAÇÃO: [ ] CARÁTER: [ ] TIPO: [ ] NÚMERO DO LEITO: [ ] ENFERM: [ ] C.P.F. DIRETOR CLÍNICO: [ ]  
 Hora: [ ] Min: [ ] URG [ ] ELETIVA [ ]

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
 [ ]  
 [ ]  
 [ ]

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL (SUSPEITA DIAGNÓSTICA): [ ] DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [ ]

CID 10 (do diagnóstico final): [ ] DIAGNÓSTICO FINAL: (Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente) [ ]

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO: [ ] CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO: [ ] CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [ ]

MÉDICO QUE SOLICITA A INTERNAÇÃO (ASSINATURA / CARIMBO): [ ]

Assumo inteira responsabilidade pela veracidade das informações e dados apostos neste laudo, sob pena das sanções legais.

**CLÍNICAS**

1 - CIRÚRGICA [ ] 4 - CUIDADOS PROLONGADOS [ ]  
 2 - OBSTÉTRICA [ ] 5 - PSIQUIÁTRICA [ ] 7 - PEDIÁTRICA [ ]  
 3 - CLÍNICA MÉDICA [ ] 6 - TISIOPNEUMO [ ] 8 - REABILITAÇÃO [ ]

**SIS / PRÉ-NATAL**

Nº DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE: [ ]  
 Nº DO CÓDIGO DE PROCEDIMENTO: [ ]

**RESPONSABILIDADE DO NUCAAR**

PROBLEMA: [ ] TIPO: [ ] SITUAÇÃO DO LAUDO: [ ] APROVADO [ ] REJEITADO [ ]  
 SIM [ ] NÃO [ ]  
 MUDAR O CÓDIGO DE PROCEDIMENTO PARA: [ ]

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO): [ ] MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO): [ ] CPF / MÉDICO AUTORIZADOR: [ ] MÉDICO COORDENADOR DO SERVIÇO (ASSINATURA / CARIMBO): [ ]



República Federativa do Brasil  
Ministério da Educação



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

O Reitor da Universidade Federal de Sergipe, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Letras em 20 de maio de 2016, confere o título de Licenciada em Letras 3

*Jéssica do Nascimento Ferreira*

natural do Estado de Sergipe, nascida em 19 de abril de 1989, filha de Heribaldo Xavier Ferreira e de Maria Ineide do Nascimento Ferreira, e outorga-lhe o presente diploma para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Cristóvão-SE, 01 de junho de 2016.

*Jonatas Silva Mendes*  
Prof. Dr. Jonatas Silva Mendes  
Pró-Reitor de Graduação

*Angelo Roberto Antolinelli*  
Prof. Dr. Angelo Roberto Antolinelli  
Reitor

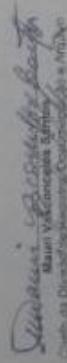
*Jéssica do Nascimento Ferreira*  
DIPLOMADA  
CPF: 042.457.125-03

O curso de LICENCIATURA PLENA EM LETRAS - LETRAS-PORTUGUES E INGLES foi reconhecido conforme Portaria Mec 286 de 21/12/2012, publicada no Diário Oficial da União de 27/12/2012

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO ACADÊMICA

Diploma registrado sob n.º 135.  
Livro 101, folha 34, em 01/06/2016.  
Processo n.º 23113/010065-2016-46.

Direção de Registro, Documentação e Arquivo, 01/06/2016.

  
Maria Valenciana Santos  
Chefe da Divisão de Registro, Documentação e Arquivo

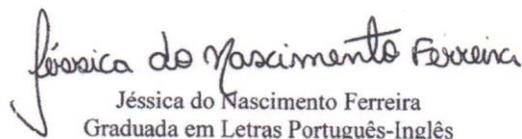
Antonio Edilson do Nascimento  
Diretor do Departamento de Administração Acadêmica

132445

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que fiz a correção ortográfica e gramatical do RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO I E II da aluna Kimberlly Rafaelly Carvalho dos Santos, acadêmica do Curso de Serviço Social da Universidade Tiradentes.

ARACAJU, 08 de junho de 2017

  
Jéssica do Nascimento Ferreira  
Graduada em Letras Português-Inglês