

**UNIVERSIDADE TIRADENTES  
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**SUMAYA INAÊ BARRETO DE LIMA FREITAS  
TONY ERICK DE OLIVEIRA LIMA SANTOS**

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

Aracaju  
2018

**SUMAYA INAÊ BARRETO DE LIMA FREITAS  
TONY ERICK DE OLIVEIRA LIMA SANTOS**

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

Relatório final apresentado à Universidade Tiradentes, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Madyane Trindade Oliveira.

Aracaju  
2018

## **IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA**

Disciplina: Estágio Supervisionado I

Nome do professor responsável pela disciplina: Profª Drª. Jane Cláudia Jardim Pedó

Supervisora Acadêmica: Profª Esp. Fernanda Silva Nascimento

Supervisora de Campo: Débora Cristina Rocha

Carga horária: 200 horas

## **IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Nome completo: Nefroclinica

Horário de funcionamento: 06:00 às 21:00

Endereço completo: Rua Lagarto, 1784, Aracaju/SE

Fone: 79 4009-9800

**Disciplina:** Estágio Supervisionado II

**Supervisora Acadêmica:** Profª Madyane Trindade Oliveira

**Supervisor de Campo:** Nancy Maria Nunes Batista

**Carga horária:** 200 horas

## **IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

**Nome completo:** O Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE)

**Horário de funcionamento:** 24 horas

**Endereço:** Av. Pres. Tancredo Neves, 7501 - Capucho, Aracaju - SE, 49080-470 Fone: (79) 3216-2600

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>04</b>
<b>2. CAPÍTULO I .....</b>	<b>06</b>
2.1. As expressões da Questão Social e a política objeto de estágio.....	06
2.2. Reconhecimento do espaço institucional.....	11
2.3. Serviço Social na Instituição.....	16
2.4. Reconhecimento do Espaço Institucional.....	19
<b>3. CAPÍTULO II.....</b>	<b>27</b>
3.1. As expressões da Questão Social e a política objeto de estágio.....	27
3.2. Reconhecimento do espaço institucional.....	32
3.3. Serviço Social na Instituição.....	33
3.4. Diagnóstico Social.....	37
<b>4. CAPÍTULO III.....</b>	<b>40</b>
4.1 Proposta de Intervenção Social .....	40
<b>5. CAPÍTULO IV .....</b>	<b>41</b>
5.1 Sistema de Operacionalização .....	41
5.2 Análise e Síntese de Experiências Vivenciada.....	41
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>8. APÊNDICES .....</b>	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta uma das etapas desenvolvida na disciplina Estágio Supervisionado I, pelos acadêmicos Sumaya Inaê Barreto de Lima Freitas e Tony Erick de Oliveira Lima Santos. E tem como objetivo reconhecer as etapas de atuação profissional do Serviço Social na área da saúde, especialmente, no tratamento de pessoas em tratamento de doenças ligado ao sistema renal. O estágio foi realizado na Nefroclínica e Hospital do Rim que ambas são referências e especializadas em tratamento renal em Sergipe.

Em um segundo momento o estágio supervisionado II, foi realizado, no Serviço Social do pronto socorro, especificamente no centro cirúrgico do Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho, conhecido popularmente como HUSE, durante o período de abril a junho de 2018. As atividades estiveram sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Madyane Trindade Oliveira e supervisão de campo da Assistente Social Nancy Maria Nunes Batista.

O processo de formação acadêmica em serviço social é característico por proporcionar diversas experiências ao alunado. As múltiplas formas de apreensão de conhecimentos são postas ao cotidiano da graduação objetivado fortalecer o elo entre a teoria e a prática. Assim, os campos de estágios são particularizados por propiciarem este tipo de vivência, uma vez que o aprendizado da ciência não se restringe aos muros da universidade.

O campo de estágio foi escolhido por ser um serviço que oferece atendimento dos mais variados níveis de complexidade, a uma população extensa que compreende não só a cidade de Aracaju, mas também indivíduos oriundos de outros municípios de Sergipe e estados vizinhos. A variedade de atividades assistenciais prestadas, o contato direto com o público que necessita de assistência e o fluxo de conhecimentos e habilidades trocados entre a equipe que presta assistência definiu o interesse para a realização deste estágio.

O HUSE caracteriza-se por ser uma Instituição Pública de direito privado, que visa o atendimento integral à saúde do cidadão conforme os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O estágio teve como objetivos: complementar a formação do aluno, proporcionando uma experiência acadêmico-profissional através de vivências nos campos de atuações do

Assistente Social; estabelecer relações entre a teoria e a prática profissional, refletindo em sua aprendizagem com foco no trabalho cotidiano do Assistente Social; aperfeiçoar habilidades técnicas e práticas necessárias ao exercício profissional, no ambiente hospitalar, ou seja, planejar e executar o cuidado da Sistematização da Assistência; fortalecer a integração do aluno e da graduação em Serviço Social com a realidade político- social e, por último, reforçar os aspectos teóricos inerentes ao exercício profissional.

Em um segundo momento, descreve-se o projeto de intervenção proposto para o campo de estágio, o qual buscou atender a uma demanda, que se refere à política de Transplante, posta pelos profissionais atuantes no setor. Subsequente, tem-se narrada a execução do projeto, seus resultados e avaliações.

Por fim, o relatório expõe a análise avaliativa dos estagiários sobre as atividades desenvolvidos, tornando perceptível as dificuldades encontradas por esta e pelos demais profissionais do serviço social no referido campo.

Contudo, cabe lembramos que as transformações perpassadas ao logo do Serviço Social, de sua gênese até a contemporaneidade, possibilitaram a este um leque no campo de atuação. Sua maturidade intelectual foi decisiva e precisa na divisão sócio técnica d trabalho, uma vez que, as contribuições que a profissão tem apresentado no campo da reprodução social, atribuem, a esta, um ethos específicos. É este o diferencial nas multidisciplinar, e é sobre está perspectiva, de particularizar a categoria na política mencionada, que o presente relatório seguira.

## CAPÍTULO I

### 2.1 AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL E A POLÍTICA OBJETO DE ESTÁGIO.

Na constituição de 1988 a saúde junto com a assistência social e a previdência formam o tripé da seguridade social. No seu art. 196 a carta magna coloca que a saúde é um direito de todos e dever do estado, mas nem sempre foi assim, ela só foi reconhecida como direito através de muitas lutas, reivindicações que perduraram anos.

Ao longo da história, foram construídos conceitos acerca da política de saúde brasileira, que se fez e que se faz presente nos discursos dos profissionais da área da saúde, bem como dos usuários. Esses conceitos eram determinados pelo contexto político, econômico, social e cultural de cada época.

Nosso estudo se dará a partir da década 30, momento este que o Estado passa a intervir, mais efetivamente, no campo da saúde. Segundo Bravo (2007) essa época é marcada por grandes mudanças tanto no plano político, com a redemocratização do papel do Estado; quanto no plano econômico, com o grande processo de industrialização e também no plano social, com o surgimento das políticas sociais.

Essa conjuntura exigia do Estado respostas para as diversas manifestações de questões sociais, incluindo as áreas de saúde que precisavam de uma intervenção sistemática por parte dele. Nas décadas de 60 e 70, houve a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que favoreceu um leve crescimento da medicina previdenciária e um declínio da saúde pública. Em 1976 foi criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que na realidade nunca foi implementado. Logo em seguida foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdência, foi implementada em 1983 a política de ações integradas de saúde. Estas construíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização de saúde.

Na década de 80 a saúde pública no Brasil tomou novos rumos com a redemocratização do país. Foi um momento marcado pelo início da política neoliberal.

Nesse período ocorreu um fato marcante na questão de saúde no Brasil, que foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília, no Distrito Federal, que contou com

a participação de cerca de 4.500 pessoas. Esse foi um momento fundamental para a discussão da saúde no Brasil, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde-SUS.

Esta conferência faz com que a questão transborde e a saúde tenha que ser assumida pela sociedade como um todo. Ela é assumida como uma questão central, como uma questão do seu objetivo, que deveria, então, ser transformada, ao ser conquistada, em um objetivo de governo representado pelos profissionais de saúde. Deve-se ressaltar que houve resistência em aceitar tal fato, uma vez que o modelo médico assistencial privatista privilegiava determinados grupos sociais.

Essas articulações ganharam forças através dos intensos debates sobre as condições de saúde da população. Desta forma, a luta organizada gerou o movimento da reforma sanitária, que se caracterizou como o processo de lutas em termo de conquistas sociais para a população brasileira e na construção de um novo sistema nacional de saúde. De acordo com Rodrigues Neto (apud BRAVO,1996, p 77):

“Os debates saíram específicos e assumiram outras dimensões com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento, a questão da saúde transbordou a análise setorial, referindo-se à sociedade como todo, propondo-se não somente o sistema único mais a reforma sanitária .”

A Reforma Sanitária foi responsável pela construção da ideia do Sistema Único de Saúde - SUS, concebido como um novo sistema de saúde com o objetivo de ser o instrumento de garantia e dever do Estado e proporcionar saúde e bem-estar a toda à população. A reforma, no entanto, é proposta de democratização da saúde no Brasil e a partir dela é que se introduziu na Constituição Brasileira de 1988 a determinação da saúde, ser direito de todos e dever do Estado.

Segundo a lei 8.80/90 (Lei Orgânica de Saúde), compete ao SUS controlar e fiscalizar produtos e substâncias de interesse para a saúde, e participar da promoção de medicamentos; executar ações; de vigilância sanitária e epidemiologia, bem como os de saúde do trabalho; participação da execução das ações de saneamento básico; fiscalizar e inspecionar alimentos; participar e fiscalizar a produções dentre outros.

Para a viabilização desse direito são criados, além da Lei Orgânica da Saúde (nº880/90 e 8.142/90), o decreto nº 99438/90 e as Normas Operacionais (NOB), em 1991 e 1993. No SUS existe em três níveis: esfera nacional, estadual e municipal. Os municípios assumem cada vez mais importância na prestação e gerenciamento dos serviços, ampliando suas responsabilidades frente à saúde de sua população.

A partir de então, o conceito da saúde se amplia:

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

Os atendimentos antes da criação do SUS eram feitos em hospitais universitários, estatais em instituições filantrópicas ou em postos de hospitais. Após a nova constituição universalizou-se o direito ao acesso gratuito. O Estado ficou responsável não só apenas pela regularização, fiscalização e planejamento das ações e serviços de saúde por órgãos federais, estaduais e municipais de administração direta ou por fundações mantidas por poder público e entidades filantrópicas de caráter complementar de clínicas, laboratórios e hospitais.

As ações e serviços de saúde financiados pelo poder público passaram a integrar o sistema único regionalizado, hierarquizado e organizado segundo algumas diretrizes básicas: atendimento universal e integral, com prioridade para os serviços assistenciais; descentralização, com direção única em cada esfera de governo, participação e controle da sociedade, o que deveria ocorrer através das conferências e dos conselhos de saúde, com a participação e controle da sociedade, o que deveria ocorrer através das conferências e dos conselhos de saúde, com a participação de representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços.

Para atendimento o SUS foi deixando de ser um conjunto de leis e princípios detalhados no papel para começar e se transformar em realidade. Com descentralização, ou seja, o dinheiro federal começou a ser repassado diretamente aos municípios que passaram a decidir para que utilizá-lo de acordo com suas realidades e os respectivos planos de saúde.

A burocratização da Reforma Sanitária, segundo Teixeira Fleury (1989), afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: o reformador, imprescindível para transformar instituições e processos, o revolucionário, que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na igualdade de saúde da população.

A proposta da política de saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída, pois, a saúde fica vinculada ao mercado enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise.

Em relação ao SUS, apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do Governo Federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, podendo ser destacado o desrespeito ao princípio de igualdade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos Federal, Estadual e Municipal; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médica hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor de saúde, ou contra reforma, era dividir o SUS em dois – O hospital e o básico.

A universalização do direito é um dos fundamentos centrais do SUS e está contido no projeto de Reforma Sanitária e é um dos aspectos que mais têm provocado resistência nos articuladores do projeto de saúde. Esse projeto de saúde tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra hegemônico.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde-CNS, teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde, foi ressaltada equacionar os grandes problemas do SUS com destaque para área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Esta não ampliou o número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária. A maior expectativa conferência era que ela fosse um marco significativo com relação às anteriores e tivesse a mesma importância da 8ª CNS, ocorrida em 1986. E esses grandes problemas não estão sendo enfrentados, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos, ou seja, a ênfase das ações está em programas “focais”.

O SUS já existe a mais de 20 anos e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está longe do SUS constitucional. Existe uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. Sendo esse, consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos sistemas privados e sua proposta na Constituição Federal de 1988 foi de um sistema público universal, o que não foi efetivado.

Após um breve histórico sobre a Política de Saúde no Brasil, e canalizando-se para a Política de Saúde do Portador de Insuficiência Renal faz necessário uma explanação do quem venha ser Hemodiálise que segundo Carpenito (1999); Daurgirdas (1996); Riela (1996); Barros (1999) a Hemodiálise é a remoção de resíduos metabólicos e de eletrólitos e líquidos excessivos do sangue para tratar a falência renal aguda ou crônica. Utilizando os princípios de difusão, osmose e filtração. O sangue é bombardeado para um rim artificial através de uma membrana semipermeável semelhante ao

celofane envolvido por um fluxo dialisado, solução composta por água, glicose sódio, cloreto, potássio, cálcio, acetato ou bicarbonato.

O circuito é composto por uma linha, ramo ou sub-arterial e outra vmosa, de material plástico que contém uma membrana hemolisadora (IAMAMOTO,1998), que é destinada a morrer os calabólicos do organismo e a corrigir as ações do meio interno. O processo de hemodiálise convencional é feito por quatro horas em média três vezes por semana.

A Constituição Federal não deixa de lado o deficiente físico, até mesmo porque uma das obrigações que ela impõe ao nosso governo como objetivo fundamental é que ela promova o bem de todos sem qualquer tipo de discriminação (Art. 3º, IV).

“O Artigo 203 nos diz que a Assistência Social será prestada a quem dela necessitar independentemente da contribuição à seguridade social, tem como objetivo ‘a habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária (LOAS)’.”

Os pacientes portadores de Insuficiência Renal crônica recebem um tratamento que deve ser obrigatoriamente aliado ao uso de medicamento que por sua vez é distribuído gratuitamente pelo Governo que por se tratar de remédios caros e que não são acessíveis aos portadores da doença que tem poder aquisitivo baixo.

Além do direito estabelecido em lei aos medicamentos e ao tratamento, existe uma portaria de nº 55 de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do tratamento fora do domicílio também amparado pelo sistema único de saúde, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatoriais do SAI/SUS e das outras providências.

Segundo a Constituição de 88, saúde diz respeito a um conjunto de fatores determinantes como alimentação, saneamento básico, habitação, lazer, onde a saúde é entendida como um produto das relações sociais e econômico.

“Dentre os diversos fatores determinantes para as condições de saúde incluem-se os condicionamentos biológico (idade, sexo, características herdadas pela heranças genéticas), o meio físico que incluem condições geográficas, caracterizadas ocupação humana, disponibilizando e qualidade de alimento, condições de habitação, assim como o meio econômico e culturais, que expressão os níveis de ocupação, renda acesso a educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (NOGUEIRA;MIOTO, 2007, p 2009).”

Em 15 de junho de 2004, foi estabelecido pela portaria nº 1.168 a política de atenção ao portador de Deficiência Renal Crônica. Nesta Portaria está previsto direitos como benefícios previdenciários: Benefício de Prestação Continuada (BPC), Auxílio Doença, Aposentadoria por Invalidez, Segurado Especial, Passe Livre Interestadual, Passe Livre Intermunicipal, Isenção de Imposto de Renda, Seguro de Vida, Quitação do Saldo, Devedor no Financiamento da Casa Própria, Atendimento Judicial Prioritário, Direito a Ajuda de Custo e Deslocamento, Tratamento Fora Domicílio Intermunicipal.

Está contido na portaria nº 1.168 onde define a Política de atenção ao Portador de Doença Renal Crônica prevista na Constituição Federal e seus artigos 196 a 200, na Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990 e na lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que define o direito aos procedimentos de alta e média complexidades de tratamento: Hemodiálise, Diálise Peritoneal e Transplante.

Política Setorial da Hemodiálise não se pode limitar apenas as leis acima citadas que regem o sistema realizado em prol da saúde e do bem-estar do paciente. Existe, porém, uma que pode ser apontada como sendo especial: a RDC- Resolução da Diretoria Colegiada nº 154. Essa Lei estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. É a partir dela que todo o estabelecimento é regularizado: o controle e desinfecção da água, como deve ser a estrutura física, como deve ser o tratamento e procedimento da hemodiálise, e é nela também que se encontram exames obrigatórios e que os pacientes devem fazer todos os meses.

## 2.2 RECONHECIMENTO DO ESPAÇO INSTITUCIONAL

O estágio supervisionado I está sendo realizado na Nefroclinica, tem como objetivo de reconhecer e aprimorar o conhecimento sobre a atuação do profissional do serviço social na área da saúde. O público alvo são os pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento dialético, (Hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal). A mesma presta atendimento a paciente conveniado ao SUS (Sistema Único de Saúde), Petrobrás, Unimed, Cassi, Hapvida, IPES, dentre outros.

O Contexto histórico da Nefroclinica surgiu em 1981, com necessidade de prestar tratamento dialítico a população portadora de insuficiência renal crônica. A unidade de diálise deu inicio no Hospital São Lucas, sob a gestão do Dr. Geraldo.

m 1988, o serviço de nefrologia contou com apoio de médicos da área, como: os doutores Antonio Alves de Almeida, Carmem Virginia, Jatteeir maia, Woshington Cavalcante Coutinho e Betânia ( in memória). Com o passar dos anos em 1984 juntaram-se os drs. José Roberto Nogueira Lima e Antonio Sergio Campos Freitas que comporam a equipe de nefrologista do hospital são Lucas. A partir daí a demanda aumentava cada vez mais, acarretando assim, na necessidade de ampliar o espaço físico. Devido ao aumento da demanda o serviço de nefrologia deixou de funcionar no primeiro andar e passando para o quarto andar do respectivo hospital.

Foi firmado em 1993, o convenio com os médicos nefrologistas, o hospital e a fundação são Lucas para dar continuidade ao tratamento dialítico, desenvolvendo desde o inicio da década de 80, no hospital são Lucas. Em primeiro de fevereiro de 1995 surgiu a Nefroclinica que ainda permanecia nas mesmas instalações e utilizando os serviços oferecidos pelo hospital, mantendo a mesma equipe medica.

A Nefroclinica surgiu com objetivo de dar continuidade ao serviço de Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise, diálise peritoneal, sendo que nos dias atuais a nefroclinica, encaminha a outros estados para acompanhamento pré transplante, visto que Sergipe não realiza), presta também atendimento de consultas ambulatoriais, prestando atendimento aos pacientes renais.

Em julho de 2008 foi inaugurada a nova sede, que fica localizada na rua Lagarto, nº1784, bairro São José, Aracaju, sendo com funcionamento de segunda a sábado das 6 as 21hs, a mesma é formada por uma equipe de (9) nove médicos, (6) seis enfermeiros, (1) um coordenador de enfermagem, (2) duas assistente social, (2) duas psicólogo, (1) uma nutricionistas, (3) três recepcionistas, (1) um apoio, (3) três copeira, (3) secretarias, (1) uma farmacêutica, (1) um administrador, (1) um gestor de recursos humanos, (8) oito funcionários para serviços gerais, (2) dois copeiros.

O tratamento dos pacientes é coordenado por médicos e enfermeiros especializados em nefrologia, com apoio da equipe multidisciplinar que tem como objetivos orientar a terapia, suas finalidades é os cuidados que deverão ser tomado. A unidade de diálise oferece acompanhamento nutricional, psicológico e do Assistente Social, de acordo com manual do paciente da Nefroclinica esses profissionais desempenham as seguintes funções:

- Nutricionista: realiza avaliação e orientação nutricionais aos pacientes renais crônicos em hemodiálise, assim como seus familiares; Psicóloga: presta atendimento psicoterápico aos paciente encaminhado, além de promover e coordenar trabalho de grupos com familiares, como também, atua junto a equipe de saúde facilitando a compreensão da historia da doença e destinando programas interativos e educativos aos funcionários da instituição;
- Assistente Social: orienta e informa de maneira individual e/ou coletiva sobre benefícios assistenciais, coordena projetos sociais em grupos com a família. Previdenciários, transplante renal. Utilizando em sua prática entrevistas, reuniões e palestras educativas com pacientes e familiares, ao mesmo tempo esclarece direitos e deveres, a fim de garantir a cidadania como também atua junto a equipe. (manual do paciente, 2009)

O estabelecimento é composto de 3 andares, sendo que no térreo encontra-se (1) uma sala de recepção, (2) dois banheiro, (1) elevador, (1) um consultório médico, (1) uma sala branca (sala de hemodiálise) que possui 28 leitos e respectivamente 28 maquinas para tratamento de hemodiálise, (4) quatro sala amarela B ( que são para renais com hepatite B), (4) quatro sala amarela C ( para renais com hepatite C), sala de apoio, sala de recuperação, sala de diálise peritoneal, almoxarifado, refeitório, expurgo, sala de esterilização de capilares, o anexo administrativo que funciona o laboratório, sala de manutenção e saída de emergência e garagem.

Já no 1º andar, contem: (1) uma recepção, (1) uma sala do assistente social, (1) uma psicólogo, (1) uma coordenação de enfermagem, (1) uma sala de nutrição, almoxarifado, farmácia e Ti (Informática) ambas funciona na mesma sala, (1) uma secretaria, (1) uma sala branca, (2) dois banheiro e sala de repouso. O 2º andar é mantido por sala de arquivo da parti administrativa.

As salas destinadas ao atendimento ao paciente são climatizadas e possuem lavatórios para lavagem de fistula e pia para lavagem das mãos dos profissionais. Nas demais salas (Hepatite C, HIV, Hepatite B), a medicação é preparada com apoio de carrinhos com gavetas, sendo estes organizados de maneira a favorecer o atendimento. Possuem também lavatório para lavagem da fistula do paciente e pia para lavagem das mãos dos profissionais.

O serviço de nefrologia é feito por turnos e dias diferentes, a clinica possui dois dias distintos (segunda, quarta e sexta e outro grupo de terça, quinta e sábado) conta com três turnos para atendimento, de acordo com a assistente social Débora Cristina Rocha Santos, a

demanda é de 274 pacientes em tratamento, sendo que 208 em regime de hemodiálise e 66 em regime de diálise peritoneal ( dois deles com HIV). Dos pacientes que fazem que fazem hemodiálise, (4) quatro são portadores de hepatite B, (5) cinco com hepatite C. Os usuários do serviço são distribuídos por turnos de 36 pacientes (manhã), 34 pacientes ( tarde) e 34 pacientes (noite) às terças, quintas e sábados é 36 pacientes (manhã), 34 pacientes ( tarde) e 30 pacientes (noite) às segundas, quartas e sextas feiras.

Os usuários classificam-se por pessoas de ambas classes sociais, possuem insuficiência renal, aliada a outras doenças como diabetes, pressão alta, câncer, dentre outras.

As demandas atendidas na Nefroclinica referem-se, com diagnósticos crônicos ou agudas. Após liberação medica encaminha através do serviço social, os pacientes tem o acompanhamento pré transplante renal em outro estado, tendo como doador vivo ou falecido. A Nefroclinica deixou de encaminhar pacientes para transplantes em Sergipe, devido ao descredenciamento da equipe transplantadora do estado.

De acordo com regulamento técnicos a portaria nº82/Gm em 3 de janeiro de 2000 resolve: 4.1 para o funcionamento de serviços de diálise, a Nefroclinica tem como hospital de retaguarda o Hospital São José, que atende paciente da clinica que apresenta intercorrência ou emergências medicas em função da terapêutica de diálise. Segundo informações da Assistente Social Débora, até 2014 o hospital de retaguarda era o Hospital São Lucas.

Os servidores autônomos devem dispor de hospital de retaguarda que tenha recursos matérias e humanas compatíveis com atendimento a pacientes submetidos a tratamento dialítico, em situações de intercorrência ou emergências, localizado em área próximo e de fácil acesso.

Os pacientes e acompanhantes que estão inseridos nos programas na nefroclinica, participa também dos momentos de humanização desenvolvidos pelo Serviço Social e equipe, projetos tais como: Festa junina, Confraternização natalina, Aniversariantes do mês, Comemoração do dias das mães, palestras com temas educativos, que ajudam no processo de interação social, projeto de cidadania e beleza, projeto da leitura entre outros.

Em parceria com a Nefroclinica , a pastoral as saúde e o GARÉM (grupo de apoio ao pacientes renais) tem um projeto de doação de cestas básicas a pacientes que recebe até um salários mínimos. Usuários contemplados corresponde a 32% da hemodiálise e 68% que não são contemplado, da diálise peritoneal são 16% contemplados e 84% não contemplados. Informações prestadas em março, podendo sofre alterações por ser um processo dinâmico.

No dia 1º de julho de 1997 foi implantado o serviço social na Nefroclinica, pela assistente social Maria Sônia rocha Viana Rezende, em decorrências das expressões da

questão social, onde verificou-se a necessidade de fazer estudos, analisar e investigar aspectos socioeconômico, emocional, habitacional e cultural dos pacientes renais e de seus familiares para traçar o perfil dos usuários atendidos na Nefroclínica.

Diante da percepção por parte da equipe médica da existência de outros fatores que determinam o processo saúde-doença do usuário, como o fator emocional do paciente, foi necessário a inserção do profissional de serviço social junto à equipe interdisciplinar de modo que este possa analisar e investigar os aspectos sócio-econômico, cultural e emocional, dentre outros que permeiam a vida dos usuários e seus familiares.

Nesse contexto, o serviço social junto com os demais profissionais, através de um processo educativo, que possibilita fazer a vinculação da problemática de saúde com as condições estruturais, levando os pacientes refletirem sobre as implicações sociais que poderão advir pela aceitação do tratamento, além de trabalhar o sentimento de perdas e outras delas advindas.

Em relação ao acolhimento, constatou-se que um dos primeiros atendimentos que o paciente e sua família recebe ao chegar a Nefroclínica, é feito pelo serviço social (porta de entrada), e seguem sendo realizadas e seguem alguns protocolos onde: entrevistas a triagem social por meio de abordagem familiar; encaminha a equipe multidisciplinar, esclarece e encaminha para concessão de benefícios assistenciais e previdenciários, informar direitos e deveres, entre outras.

Segundo informações da assistente social Débora C. R. Santos, em caso de abandono de paciente por parte da família, e esgotando todos os meios de tentativas de comunicação com o mesmo, o Ministério Público é acionado para tomada de providências cabíveis.

Além disso, o serviço social na Nefroclínica realiza entrevistas com usuário, objetivando o preenchimento da ficha social, fazer o levantamento e conhecer os recursos sociais existente na vida do paciente, análise de contexto social e famílias do mesmo, orienta e encaminha os usuários em busca de soluções voltada para as questões dos benefícios assistenciais orienta aos pacientes possíveis doadores e familiares sobre processo de transplante, acompanha, treina, orienta, avalia e supervisiona estagiários de serviços sociais.

Essas demandas viabilizam o atendimento do usuário em suas necessidades e estas, são medidas pelo serviço social e tem legitimidade e reconhecimento tanto por parte dos profissionais como também pela direção da instituição.

Diante disso, cabe inferir que o Assistente Social da clínica faz as mediações dos conflitos existentes entre a instituição e as necessidades postas pelos usuários. A demanda

diária da instituição: Ofícios, queixa familiar, solicitação de transporte para pacientes residentes no interior e capital, agendamento de consulta para acompanhamento pré transplante, viabiliza trânsitos e transferências entre outros.

Em 2009 o serviço social da Nefroclínica era composto apenas pela fundadora. Em 2010, dando início ao novo momento de convulsa com as demandas e necessidade do setor a Assistente Social Débora Cristinha Rocha Santos deu início para compor o quadro da empresa, em 2015, M<sup>a</sup> Sonha Viana Resende, aposentou-se, compondo o setor apenas a Assistente social Débora Cristina Rocha Santos, logo após em novembro de 2015 o serviço social, passou a compor por duas atuais assistentes sociais, Débora (citada acima) e Ana Paula Viana, Ambas trabalham em Harmonia visando sempre o bem-estar dos pacientes que tem nelas toda sua confiança. As mesmas usam atribuições que contribuem para melhoria e o bem-estar dos pacientes assistidos pelo serviço social Nefroclínica.

### 2.3 DIAGNÓSTICO

O Estágio está sendo realizado na Nefroclínica, situada na Rua Lagarto, 1784, Bairro São José. Este Bairro, conforme o censo de 2010, possui 5.587 habitantes, onde 2.257 são homens e 3.330 são mulheres.

Foi na década de 50 que esse bairro conheceu sua urbanização: praças, calçadas e ruas. Nessa mesma década, o São José recebeu o primeiro estádio de esportes da cidade que, após a reforma realizada uma década depois, passou a ser chamado de Estádio Lourival Batista, atualmente conhecido como Arena Batistão.

Esse bairro tem uma grande influência educacional. Colégios como Brasília, Cidade e Nobel (que foram escolas renomadas há alguns anos e atualmente não existem mais); Colégio Patrocínio de São José, Colégio Elite, Colégio Professor José Olino de Lima Neto Colégio Arquidiocesano Sagrado Coração de Jesus, Grêmio Escolar Graccho Cardoso, Colégio Unificado, Escola Canto do Girassol são exemplos das escolas particulares situadas nesse bairro.

O Colégio Estadual Atheneu Sergipense e Colégio Estadual Dom Luciano Cabral Duarte (estaduais); Casa do Pequenino Amelie Boudet (creche que vive de doações); Escola Padrão Instituto de Formação e Pesquisa INFOPEQ e Centro de Estudos Fundação São Lucas (cursos profissionalizantes); Centro de Apoio Pedagógico para Atendimento As Pessoas com

Deficiência Visual (municipal); Colégio Direcional Risco e Rabisco Ltda (alternativa). O grau de escolaridade da comunidade, segundo estatísticas educacionais está dividido da seguinte forma:

- Ensino fundamental – 43,84% homens e 56,16% mulheres.
- Ensino Médio – 45,66% homens e 54,34% mulheres.
- Não foi localizado nenhum numero relacionado a população analfabeta.

Nas buscas relacionadas à Assistência Social e Previdência, não foram encontrados nenhum dado relacionado a porcentagem de analfabeto. Não foram encontrados dados relacionados à justiça no Bairro São José. No que diz respeito a Fóruns, nesse bairro não possui nenhum. A Secretaria de Segurança Pública fica localizada na Rua Itabaiana desse bairro. O trabalho deste órgão funciona com o apoio dos conselhos de Segurança de Sergipe.

A comunidade vê o que acontece, relata aos conselhos, que repassam as informações em forma de relatório para a Secretaria de Segurança Pública. Dessa forma, o trabalho da Secretaria se torna mais eficiente.

A população também conta com a proteção de seguranças dos estabelecimentos comerciais das proximidades e, em algumas ruas, tem a ronda de “guardinhas” que ficam fazendo a vigilância rua a rua de bicicleta.

Em relação à iluminação pública e a pavimentação, nas buscas, não houveram dados relacionados a esse aspecto. Já no que se refere ao abastecimento de água, o bairro sofre com a falta de água apenas nos dias de rodízio, avisado previamente pela DESO. Quanto à coleta de lixo, a imprensa já registrou algumas reclamações de acúmulo de lixo nas principais ruas do bairro.

No bairro São José também fica localizados alguns conselhos, tais como: Conselho Municipal de Educação (Rua Nossa Senhora do Socorro, 245) e o Conselho de Regional de Medicina Veterinária (Rua Campo do Brito, 1151), Conselho Regional de Corretores de Imóveis da 16ª Região SE (Rua Arauá, 919), Já sindicatos, podemos encontrar: Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Laboratório (Rua Vila Cristina, 222), Sindicato Trab Educ Bas Rede Ofic Est Sergipe Síntese (Rua Campos, 107), Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Sergipe (Av Barão de Maruim, 425), Sindicato dos Policiais Cíveis (Rua Cedro, 68), Sindicato dos Cirurgiões Dentistas de Sergipe (Praça Tobias Barreto, 113), Sindicato dos Previdenciários de Sergipe (Rua Vila Cristina, 222), Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Laboratório (Av Barão de Maruim, 425), Sindicato dos Securitários do Estado de Sergipe (Rua Riachuelo, 1002).

O bairro possui uma Associação de Moradores localizada na Av Edézio Vieira de Melo, fundada em 03/07/1997. Sua atividade principal é Atividades de Associações de Defesas Sociais. Não foi encontrado nenhum dado relacionado a problemas específicos relacionado ao bairro São José.

O estágio supervisionado I que foi realizado na Nefroclinica com o objetivo analisar e construir históricos institucionais a fim de se obter um melhor conhecimento a respeito da instituição escolhida. Além disso, através dessa análise, o aluno passa a conhecer a política institucional bem como suas demandas e o perfil de seus usuários.

Na observação da atuação do profissional de Serviço Social foram destacadas as seguintes tarefas: desenvolver habilidades para a análise e a interpretação da situação social dos usuários para intervir nas problemáticas; análise do termo de compromisso de estágio; elaborar plano de estágio e cumprir tarefas a eles inerentes; cumprir com as exigências da regulamentação do estagiário; entender a terapia renal substituta (hemodiálise, diálise, peritonal e transplante renal); manter sigilo e respeitar as informações que tiver acesso; conhecer a ligação entre as políticas descentralizadas (previdência social, assistência e saúde) como seguridade social; conhecer a legislação que rege a saúde.

Além de exercer suas atividades, o assistente social se depara com os desafios e problemas das principais demandas do setor. Houve a constatação por exemplo que a maior problemática encontrada foi as limitações do doente renal, que precisa aprender um novo modo de viver, pois as limitações físicas, sociais e psicológicas exigem do usuário mudanças de hábito e readaptação constante.

Os principais problemas enfrentados pelo profissional estão ligados às demandas de atendimento, pois a procura de tratamento é muito grande e os profissionais nem sempre conseguem atender a todos de forma satisfatória. Mais a grande problemática vivenciada na clínica é a falta de transplante no estado, ao manter contato com alguns pacientes, foi verificado o desejo do transplante, porém muitos não tem a condições já que uma vez tem que se deslocar para outro estado. Segundo os mesmo, a ajuda recebida pelo TFD (O Tratamento Fora de Domicílio) não é suficiente para custear as necessidades enquanto paciente estiver fora do domicilio residente.

Segundo Benito Oliveira Fernandes, coordenador da Central de Transplante de Órgãos de Sergipe, Atualmente em Sergipe 1300 pessoas fazem alguma modalidade de dialise e apenas de 40 a 50% dessas pessoas estão inscritos em programas de benefícios aos pacientes renais, ou seja, na fila do transplante renal.

## 2.4 RECONHECIMENTO DO ESPAÇO INSTITUCIONAL

A saúde pública brasileira foi por muito tempo negligenciada, principalmente no período da ditadura militar, que por muitos foi considerado o principal causador das atuais deficiências brasileiras no que diz respeito as políticas de saúde. No início da ditadura militar não existia a participação da população no que se refere as políticas públicas. No final da ditadura militar brasileira, nos governos de Médici e Geisel, foram percebidas outras características tais como: o crescimento da representatividade popular na participação das reivindicações dos seus direitos e necessidades houve uma maior cobrança da população para o desenvolvimento de um sistema de saúde eficaz, que atendesse as necessidades da população como um todo.

Em 1986, na 8ª conferência da saúde, grandes grupos de pessoas ligadas a saúde, discutiram a situação da saúde no Brasil e aprovaram um relatório que passou a constituir o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Dentro dessa discussão a saúde passou a ser definida como resultante das condições de habitação, renda, saúde, alimentação, transporte, meio ambiente, trabalho lazer, acesso a posse de terra e a serviços de saúde.

Esta conferência, faz com que a questão transborde e a saúde tenha que ser assumida pela sociedade como um todo. Ela é assumida como uma questão central, como uma questão do seu objetivo, que deveria, então, ser transformada, ao ser conquistada, em um objetivo de governo representado pelos profissionais de saúde. Deve-se ressaltar que houve resistência em aceitar tal fato, uma vez que o modelo médico assistencial privatista privilegiava determinados grupos sociais.

A Reforma Sanitária foi responsável pela construção da idéia do Sistema Único de Saúde SUS, concebido como um novo sistema de saúde com o objetivo de ser o instrumento de garantia e dever do Estado e proporcionar saúde e bem estar a toda à população. A reforma, no entanto, é proposta de democratização da saúde no Brasil e a partir dela é que se introduziu na Constituição Brasileira de 1988 a determinação da saúde, ser direito de todos e dever do Estado.

Os atendimentos antes da criação do SUS eram feitos em hospitais universitários, estatais em instituições filantrópicas ou em postos de hospitais. Após a nova constituição universalizou-se o direito ao acesso gratuito. O Estado ficou responsável não só apenas pela regularização, fiscalização e planejamento das ações e serviços de saúde por

órgãos federais, estaduais e municipais de administração direta ou por fundações mantidas por poder público e entidades filantrópicas de caráter complementar de clínicas, laboratórios e hospitais.

As ações e serviços de saúde financiados pelo poder público passaram a integrar o sistema único regionalizado, hierarquizado e organizado segundo algumas diretrizes básicas: atendimento universal e integral, com prioridade para os serviços assistenciais; descentralização, com direção única em cada esfera de governo, participação e controle da sociedade, o que deveria ocorrer através das conferências e dos conselhos de saúde, com a participação e controle da sociedade, o que deveria ocorrer através das conferências e dos conselhos de saúde, com a participação de representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços. Para atendimento o SUS foi deixando de ser um conjunto de leis e princípios detalhados no papel para começar e se transformar em realidade. Com descentralização, ou seja, o dinheiro federal começou a ser repassado diretamente aos municípios que passaram a decidir para que utilizá-lo de acordo com suas realidades e os respectivos planos de saúde.

A burocratização da Reforma Sanitária, segundo Teixeira Fleury (1989), afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: o reformador, imprescindível para transformar instituições e processos, o revolucionário, que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na igualdade de saúde da população.

A proposta da política de saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída, pois, a saúde fica vinculada ao mercado enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise.

Em relação ao SUS, apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do Governo Federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, podendo ser destacado o desrespeito ao princípio de igualdade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos Federal, Estadual e Municipal; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médica hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção a saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor de saúde, ou contra-reforma, era dividir o SUS em dois – O hospital e o básico.

A universalização do direito é um dos fundamentos centrais do SUS e está contido no projeto de Reforma Sanitária e é um dos aspectos que mais têm provocado resistência nos articuladores do projeto de saúde. Esse projeto de saúde tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra hegemônico.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde-CNS, teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde, foi ressaltada equacionar os grandes problemas do SUS com destaque para área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Esta não ampliou o número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária. A maior expectativa conferência, era que ela fosse um marco significativo com relação às anteriores e tivesse a mesma importância da 8ª CNS, ocorrida em 1986. E esses grandes problemas não estão sendo enfrentados, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos, ou seja, a ênfase das ações está em programas “focais”.

O SUS já existe a mais de vinte anos e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está longe do SUS constitucional. Existe uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. Sendo esse, consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos sistemas privados e sua proposta na constituição de 1988 foi de um sistema público universal, o que não foi efetivado.

Após um breve histórico sobre a Política de Saúde no Brasil, e canalizando-se para a Política de Saúde do Portador de Insuficiência Renal faz necessário uma explanação do quevenha ser Hemodiálise que segundo Carpenito (1999); Daurgirdas (1996); Riela (1996); Barros (1999) a Hemodiálise é a remoção de resíduos metabólicos e de eletrólitos e líquidos excessivos do sangue para tratar a falência renal aguda ou crônica. Utilizando os princípios de difusão, osmose e filtração. O sangue é bombardeado para um rim artificial através de uma membrana semipermeável semelhante ao celofane envolvido por um fluxo dialisado, solução composta por água, glicose sódio, cloreto, potássio, cálcio, acetato ou bicabornato.

O circuito é composto por uma linha, ramo ou sub-arterial e outra vmosa, de material plástico que contém uma membrana hemolisadora (IWAMOTO,1998), que é destinada a morrer os calabólicos do organismo e a corrigir as ações do meio interno. O

processo de hemodiálise convencional é feito por quatro horas em média três vezes por semana.

Os pacientes portadores de Insuficiência Renal crônica recebem um tratamento que deve ser obrigatoriamente aliado ao uso de medicamento que por sua vez é distribuído gratuitamente pelo Governo que por se tratar de remédios caros e que não são acessíveis aos portadores da doença que tem poder aquisitivo baixo.

Além do direito estabelecido em lei aos medicamentos e ao tratamento, existe uma portaria de nº 55 de 24 de Fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do tratamento fora do domicílio também amparado pelo sistema único de saúde, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatoriais do SAI/SUS e das outras providências.

Em 15 de junho de 2004, foi estabelecido pela portaria nº 1.168 a política de atenção ao portador de Deficiência Renal Crônica. Nesta Portaria está previsto direitos como:

- Benefícios Previdenciários
  - 1- Benefício de Prestação Continuada (BPC)
  - 2- Auxílio Doença
  - 3- Aposentadoria por Invalidez
  - 4- Segurado Especial
  
- Passe Livre
  - 1- Passe Livre Interestadual
  - 2- Passe Livre Intermunicipal
  
- Isenção de Imposto de Renda
- Seguro de Vida
- Quitação do Saldo, Devedor no Financiamento da Casa Própria
- Atendimento Judicial Prioritário
- Direito a Ajuda de Custo e Deslocamento
- Tratamento Fora Domicílio Intermunicipal

Está contida na portaria nº 1.168 onde define a Política de atenção ao Portador de Doença Renal Crônica prevista na Constituição Federal e seus artigos 196 a 200, na Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990 e na lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que

define o direito aos procedimentos de alta e média complexidades de tratamento: Hemodiálise, Diálise Peritoneal e Transplante.

Política Setorial da Hemodiálise não se pode limitar apenas as leis acima citadas que regem o sistema realizado em prol da saúde e do bem-estar do paciente. Existe, porém, uma que pode ser apontada como sendo especial: a RDC- Resolução da Diretoria Colegiada nº 154. Essa Lei estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. É a partir dela que todo o estabelecimento é regularizado: o controle e desinfecção da água, como deve ser a estrutura física, como deve ser o tratamento e procedimento da hemodiálise, e é nela que também se encontram exames que são obrigatórios e que os pacientes devem, fazer todos os meses.

Fundado em 24 de dezembro de 2006, o Hospital do Rim nasceu do sonho de infância de um dos mais conceituados médicos urologistas do Estado o doutor Valfredo Tavares. Com sua experiência profissional percebeu a necessidade de implantar um estabelecimento de saúde que incluísse a Hemodiálise dando início ao Hospital do Rim, que contempla também com a prestação de serviços voltados para o tratamento renal.

O Hospital funciona no centro de Aracaju, cidade que está localizada no litoral, sendo cortada por rios como o Serigipe e o Poxim e possui regiões de mangues situados a zona sul. De acordo com o censo de 2010 a cidade conta com 570.937 habitantes, é apontada como a cidade de menor desigualdade do Nordeste Brasileiro, com clima quente e úmido, temperatura média anual de 26 C°. Aracaju foi a primeira capital planejada do Brasil, seu formato remete a um tabuleiro de xadrez sendo suas ruas todas projetadas com esse formato para desembocarem no rio Sergipe.

O centro de Aracaju tem sua trajetória ligada com a implantação da cidade e sua formação, que estabelece relação intrínseca com a formação e com o cenário político-administrativo e econômico do Estado, a fase de crescimento espontâneo e o crescimento acelerado da urbanização seguindo a tendência das grandes cidades. O Centro de Aracaju é histórico e representa a vida e a histórias dos Sergipanos sendo um lugar de grande expressão social e cultural.

O Hospital do Rim em sua Política de Saúde alia-se a saúde pública através do CASE- Centro de Atenção a Saúde de Sergipe e ao Sistema Único de Saúde de acordo com o modelo assistencial da saúde pública implantado na década de 1980. Esse modelo foi inscrito na Constituição Federal (1988) no título VIII- da Ordem Social, sessão dois da saúde, artigos de 196 a 200, “garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do

risco de doença e de outros agregados; e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, regulamentada pela lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e nessa lei está assegurado o financiamento do setor saúde a participação popular e o controle social na saúde por meio dos conselhos de saúde em todas as tarefas de Governos Federal, Estadual e Municipal.

O Hospital tem o intuito de amenizar a Insuficiência Renal Crônica (IRC), dos pacientes, tratando-a a enfermidade e levando mais conforto e perspectiva de vida aos seus usuários. A instituição dispõe do tratamento através de uma equipe técnica especializada e aparelhos de última geração, proporcionando aos pacientes e seus acompanhantes conforto e bem-estar.

É uma instituição integrada ao SUS e aliada ao CASE, instituto que distribui os medicamentos gratuitos aos portadores da Insuficiência Renal Crônica. Atualmente atende os convênios SUS, IPES e Particular, conta com 87 pacientes e vinte máquinas dialisadoras, funciona de segunda à sexta das 6h00 às 22h00. Este serviço foi criado com o intuito de minimizar a insuficiência renal crônica (IRC), tratando a enfermidade e levando aos pacientes mais conforto e perspectiva de vida. Contando com uma equipe especializada de médicos Nefrologistas, Psicólogo, Assistente Social, equipe de enfermagem além de acompanhamento nutricional.

Os usuários classificam-se por pessoas de poder aquisitivo baixo e ou em situação de vulnerabilidade, com idade entre 28 e 80 anos sendo a maior parte homens, possuem insuficiência renal, aliada a outras doenças como diabetes, pressão alta, câncer, dentre outras. Esses pacientes são na maioria das vezes de municípios circunvizinhos e da própria capital. Atualmente o hospital conta com 80 usuários que se dividem em grupos de 20 nos turnos da manhã tarde e noite para as seções de hemodiálise.

Por se tratar de um problema delicado de saúde, se faz necessário muita compreensão e técnica para com o paciente. É preciso que os profissionais conheçam a fundo como funciona o tratamento, quais as possibilidades de cura e quais os cuidados a serem tomados, por se tratar de uma patologia que mexe como o sistema psicológico dos usuários e que se não houver todo um aparato de atenções e cuidados que as envolva pode-se complicar o tratamento dificultando a cura.

Entretanto, o Hospital do Rim na sua política de saúde, visa sempre uma melhor qualidade nos seus serviços, atuando com uma equipe interdisciplinar e uma direção participativa, mas, como qualquer outra empresa, não existe somente pontos positivos, têm-se

também pontos negativos, nas quais colaboradores e diretoria tentam a cada dia balizar, para garantir a qualidade dos serviços prestados.

A inserção do Serviço Social na instituição, se deu no momento em que o Hospital do Rim foi inaugurado, tendo passado quatro Assistentes Sociais até os dias de hoje.

A rotina do Serviço Social dentro da Hemodiálise do Hospital do Rim se dá através da vivência e da observação se mostrando de fundamental importância para o tratamento da doença e para a instituição. Suas atribuições estendem-se desde a abordagem ao usuário, através do atendimento inicial até o acompanhamento socioeconômico da família e do paciente. As principais funções desenvolvidas pelo profissional são: cadastro de paciente, através do preenchimento da ficha social, orientações e informações à cerca de tratamento da hemodiálise, desenvolve relatórios, pareceres; encaminhamentos, intervenções junto com as famílias e pacientes, orientações específicas sobre benefícios e outros direitos; incentivando-os a participarem do processo de recuperação da saúde na condição de cidadãos. O Serviço Social, também democratiza as informações disponíveis no âmbito hospitalar de forma a garantir o acesso aos serviços oferecidos e a resolutividade das situações sociais que interferem no processo saúde-doença através de recursos institucionais e comunitários.

O trabalho do Serviço Social na saúde, especificamente no tratamento de paciente de programa de hemodiálise, visa cada vez mais dar assistência integral ao paciente, aprimorando as técnicas e processos de trabalho, fundamentais para possibilitar a melhoria da qualidade de vida do paciente renal e sua família

De acordo com Carvalho (1996), o Serviço Social deve trabalhar no sentido de favorecer a autonomia individual e conseqüentemente coletiva, pois é assim que nos tornaremos “conscientes” e autores de nosso próprio envolver histórico “que é a substância da sociedade”.

Para a realização do presente diagnóstico, foram observadas algumas problemáticas no âmbito do estágio, sendo elas: o espaço físico utilizado pelo Serviço Social que é dividido com a Psicologia e Nutrição e, para o atendimento aos usuários por todos os profissionais citados; a disponibilidade de horário para o Serviço Social que é reduzida (15h00 semanais) prejudicando o atendimento aos pacientes; dificuldades para atendimento domiciliar pois, o Hospital só disponibiliza de um profissional ficando esse sobrecarregado dificultando a realização desta, a falta de conhecimento por parte dos usuários sobre seus direitos como portadores de insuficiência renal; as orientações nutricionais dadas aos pacientes não são cumpridas a por parte deles; e um dos problemas que mais chama a

atenção é o psicossocial que acarreta aos pacientes isolamento, depressão, desânimo, baixa auto-estima, desequilíbrio emocional dentre outros transtornos psicológicos.

Dentre as problemáticas apresentadas, o problema psicossocial é que mais necessita de atenção pois, o caráter crônico desses tratamentos e o estresse associado aos mesmos estão frequentemente relacionados a sofrimento emocional e transtornos mentais, que interferem na adaptação e adesão ao tratamento e requer uma intervenção multidisciplinar. É provável que se espere do indivíduo manifestações depressivas a uma crise vital, como o aparecimento de doenças incapacitantes por serem provenientes do desenvolvimento do período de adaptação ou não da patologia. Da mesma forma em pacientes com insuficiência renal, entende-se que suas reações imediatas ao processo terapêuticos são uma resposta adaptativa frente a estes sentimentos de insegurança e perdas.

Segundo Almeida e Meleiro(2000), Periz e Sanmartim(1998), além de fatores associados ao tratamento, pacientes em diálise têm outras fontes de estresse, como dificuldades profissionais e redução da renda mensal, diminuição da capacidade ou interesse sexual, medo da morte, restrições dietéticas e hídricas, alterações na imagem corporal e práticas específicas de higiene, tornando necessário o fornecimento de suporte social e educacional como parte integrante do tratamento.

De acordo com Daugirdas(2003), pacientes em diálise levam uma vida altamente anormal, dependente de uma máquina, de uma equipe, além da exposição ao fatores estressantes. A depressão é um distúrbio muito frequente, que pode ocorrer em resposta a uma perda real e ameaçadora, manifestando-se por meio de humor depressivo e auto-imagem ruim.

A partir das demandas mencionadas especificamente da última, foi pensado uma proposta de intervenção que seria realizar palestra sobre como melhorar a qualidade de vida de pacientes renais, tendo como objetivo trabalhar a auto-estima, abrangendo as condições psicológica, bem estar e interações sociais pois, o sucesso do tratamento depende muito das condições psicológicas, motivação, determinação e colaboração do paciente. Disponibilizar de cartilhas contendo informações sobre os direitos dos usuários e livros contendo informações nutricionais haja visto que muitos não seguem as orientações que lhes são passadas. Tendo a frente de todo esse processo o Serviço Social, cujas atribuições contribuirão para a melhoria e o bem-estar dos pacientes assistidos pelo profissional.

## CAPÍTULO II

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

Na história republicana sobre o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil são contempladas cinco conjunturas: República Velha, Era Vargas, Autoritarismo, “Nova República”, Pós Constituinte.

Na República Velha (1889 – 1930) o indivíduo doente apenas tinha acesso ao atendimento médico se pagasse ou fosse pelo intermédio da caridade. Era predominante o caso de doenças transmissíveis como a febre amarela, varíola, sífilis, além de endemias rurais. Com os excedentes econômicos, gerados pela produção do café, permitiu-se a implantação das primeiras indústrias e, a partir de então, foram criadas as condições para o capitalismo industrial, instalando o modo de produção capitalista na sociedade brasileira, o aparecimento destas indústrias refletiu negativamente na saúde, por conta das condições precárias de trabalho.

Oswaldo Cruz foi convidado pelo Governo Rodrigues Alves para o combate da epidemia de febre amarela, em 1904 realizou uma reforma na organização sanitária ampliando as competências da Diretoria Geral da Saúde Pública. Contudo, os objetos de atenção do Estado, naquele momento, eram os assuntos referentes à economia de exportação.

Quadros trágicos como epidemias transformavam-se, eventualmente, em demandas políticas e pressionavam a ação estatal no âmbito da saúde. As condições de vida e de trabalho insatisfatórios propiciavam o aparecimento de movimentos sociais urbanos.

Segundo Jacobi (1990)

Os movimentos sociais urbanos podem ser entendidos hoje como um fato diferenciador da sociedade capitalista atual, tendo com o característica essencial um questionamento da ação estatal na distribuição de benfeitorias urbanas e dos equipamentos de consumo coletivo.

A reforma sanitária brasileira produziu diversos fatos estabelecidos de acordo com seus princípios, tais como a contenção de políticas privatizantes, fortalecimento dos serviços públicos de saúde, integração de ações e serviços de saúde, entre outros.

Dessa forma,

Em 1988 foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento, um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços, esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada. Estabelecem ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

Ainda de acordo com Jacobi (1990) “esta problemática urbana é a manifestação da crise da cidade capitalista, decorrente da ação contraditória do Estado, que gera um processo de politização do cotidiano”. São exemplos de movimentos sociais urbanos, os que lutam por creches, transportes públicos, saúde, saneamento básico, dentre outros.

Desse modo, a organização de serviços de saúde no Brasil separou as ações de prevenção e controle de doenças na população, de um lado, e as de medicina individual, de outro.

Já no período da Ditadura Militar (1964-1984) as condições de saúde da população brasileira, expressas em diferentes indicadores, permaneceram críticas, com o aumento da mortalidade infantil, da tuberculose, da malária, da doença de chagas e acidentes de trabalho, assim como muitos outros. Ainda era constante o predomínio das doenças da modernidade e presença ainda das duplas cargas de doenças (DIP), em “(1968-1973) o período que foi chamado de ‘o milagre brasileiro’ as condições sanitárias não melhoraram, destacando-se a grave epidemia de meningite. (Guimarães, 1978).

O modelo econômico adotado concentrou a renda, reforçou as migrações do campo para a cidade e acelerou a urbanização, sem garantir os investimentos necessários à infraestrutura urbana como saneamento, transporte, habitação, saúde, etc. (Guimarães, 1978). As políticas de saúde executadas pelos governos militares privilegiaram o setor privado, mediante compra de serviços de assistência médica, apoio aos investimentos e empréstimos com subsídios. Promoveu a unificação dos IAP, em 1966, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pelas aposentadorias e pensões (benefícios). Em 1973,

**Comentado [UdW1]:** Esse “O milagre brasileiro” você está se referindo ao “Milagre econômico brasileiro” durante o Regime Militar no Brasil, entre 1969 e 1973?

**Comentado [UdW2]:** Tony, eu não consegui compreender esse parágrafo. O que é DIP?

Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP)  
Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP)  
Doença inflamatória pélvica (DIP)X  
Direito internacional privado (DIP)X

É preciso saber! Pois não estou conseguindo identificar!

**Comentado [UdW3]:** Não encontrei esse autor, nem a citação que o antecede.

**Comentado [UdW4]:** Não consigo identificar a sigla

o governo propiciou a extensão da medicina previdenciária aos trabalhadores rurais por intermédio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), ainda que de forma diferenciada. No ano seguinte foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que implantou o Plano de Pronto Ação (PPA), possibilitando as clínicas e hospitais particulares contratados pela previdência social a atenderem casos de urgência de qualquer indivíduo seguro ou não. A crise do setor saúde foi caracterizada pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequada e ineficácia aos serviços.

Ocorreram melhorias somente no período após 1974. Superada a etapa inicial de estagnação a ditadura proporciona um desenvolvimento mediante a internacionalização da economia assentada em um tripé básico: capital nacional, Estado e capital multinacional. Verifica-se a consolidação do capitalismo monopolista de Estado (CME) com a limitação dos salários dos trabalhadores coibição dos opositores ao regime (sindicalistas, intelectuais, estudantes, artistas, etc.).

Durante a V Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1975, o governo apresentou a proposta de criação do sistema nacional de saúde através da lei 6229/75. O governo Figueiredo, elaborou o programa nacional de serviços básicos de saúde (PREV-SAÚDE). Tal programa apresentava um conjunto de diretrizes que reforçava a atenção primária de saúde. Em 1982, o governo formulou o plano de nistração da saúde previdenciária, que implantou a autorização de internação hospitalar.

No período da Nova República nos anos 1985 - 1988 houve redução da mortalidade infantil, manutenção das doenças do aparelho circulatório e neoplasias como principais causas de mortalidade; aumento das mortes violentas, aumento dos casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Surge epidemia de dengue em vários municípios, inclusive em capitais importantes como o Rio de Janeiro. A democracia e a interrupção da recessão econômica fizeram com que a demanda pelo resgate da “dívida social” contraída pelos militares, colocasse a saúde na agenda da Nova República. A Reforma Sanitária foi defendida por vários movimentos (defendida na VIII Conferência Nacional de Saúde), que teve como princípios: - Conceito ampliado de saúde; - Reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; - Criação do Sistema Único de Saúde (SUS); - Participação popular (Controle social).

Essa reforma representava então, uma transformação da situação sanitária brasileira, assim como na luta contra as precárias condições de saúde existentes na época entre outras questões. Durante o período pós-Conferência, o Ministério da Saúde recuava para sua ação campanhista, enquanto que o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência

Social (INAMPS) expandia as Ações Integrativas de Saúde (AIS). Enquanto o arcabouço jurídico do SUS era formado as AIS foram transformadas na Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) por meio de decreto presidencial. O SUDS considerado como “ponte estratégica” para a instalação do SUS ampliou o acesso a saúde para os cidadãos, estimulava a participação da sociedade civil nos conselhos de saúde. A promulgação da constituição de 1988 instituiu saúde para todos os brasileiros e instituiu também o SUS, onde foram incorporados princípios e diretrizes do movimento sanitário brasileiro. E a partir de então, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado.

As políticas públicas devem ser intersetoriais com o intuito de reduzir riscos e não apenas os danos. Assim como também assegurar a universalidade e igualdade dos serviços de saúde, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo a lei 8.80/90 (Lei Orgânica de Saúde), compete ao SUS controlar e fiscalizar produtos e substâncias de interesse para a saúde, e participar da promoção de medicamentos; executar ações; de vigilância sanitária e epidemiologia, bem como os de saúde do trabalho; participação da execução das ações de saneamento básico; fiscalizar e inspecionar alimentos; participar e fiscalizar a produções dentre outros.

Para a viabilização desse direito são criados, além da Lei Orgânica da Saúde (nº880/90 e 8.142/90), o decreto nº 99438/90 e as Normas Operacionais (NOB), em 1991 e 1993. O SUS existe em três níveis: esfera nacional, estadual e municipal. Os municípios assumem cada vez mais importância na prestação e gerenciamento dos serviços, ampliando suas responsabilidades frente à saúde de sua população.

A partir de então, o conceito da saúde se amplia:

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

O SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira, de 1988, para que a população do país tenha acesso ao atendimento público de saúde. No entanto, sabe-se que anteriormente, a assistência médica era de responsabilidade do INAMPS e se tinha uma divisão dos brasileiros em categorias: os que tinham direito à saúde pública por serem contribuintes da previdência social; aqueles que podiam pagar por serviços de saúde privados; e os que não possuíam direito algum. Percebeu-se, então, a emergência e a necessidade de

uma mudança na conjuntura política da saúde no Brasil e a reorientação das práticas de saúde. Para tanto, o SUS em seu arcabouço de leis, normas, resoluções e diretrizes é um marco definitivo na garantia do direito a saúde do cidadão brasileiro, por determinar um caráter universal às ações e aos serviços no país. (BRASIL, 2006, p.5).

Nesta perspectiva, na formação do referido sistema de saúde foram estabelecidos os princípios e diretrizes que o norteiam. Como princípios existem: a universalidade, a equidade e a integralidade. No tocante as diretrizes podem citar: o controle social, a descentralização, a hierarquização, a regionalização e a territorialização. O princípio da universalidade corresponde ao direito da saúde para todos e cabe ao Estado garantir esse direito aos brasileiros. O segundo é um princípio de justiça social e se trata do aspecto em que todos devem ter igual oportunidade em usar o sistema de saúde no Brasil. E o terceiro princípio se refere a um atendimento integral que contemple as necessidades da população incluindo, não só, os meios curativos quanto os preventivos, como também uma atenção à saúde individual e coletiva.

Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

O SUS trouxe nova concepção de saúde e atenção no aspecto da prevenção, proteção e recuperação da saúde. Contudo, vale ressaltar que, ao se tratar de mudanças no âmbito da saúde, é preciso uma paciência histórica. Assim sendo, seria possível efetivar uma prática diferente num contexto em que a maioria das políticas fossem assistencialistas e emergenciais de com um perfil bastante pragmático em diversos aspectos. É necessário perceber ainda que, há a possibilidade de se intensificar o processo de participação e controle social do SUS, avançando-se na democratização do conhecimento, na reorientação das práticas e na melhoria das condições de saúde da população.

Em se tratando de sua composição, fazem parte do SUS: centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa. Podemos então, exigir melhor qualidade no planejamento em relação à distribuição de recursos públicos na área da saúde; ou seja, os recursos do SUS, e com isso avançar no sentido da qualidade do atendimento e serviços em saúde para a população. Pois, como afirma PAIM (2008, p. 70): “a produção de conhecimentos e a cooperação técnica em políticas públicas, planificação e gestão podem fazer diferença no processo de formulação e de implementação de políticas em saúde”.

### 3.2. Reconhecimento do espaço institucional

O Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) foi inaugurado em 7 de novembro de 1986, mas começou a funcionar quase três meses depois, no dia 2 de fevereiro do ano seguinte. No início, a equipe era composta por cerca de 500 profissionais, entre os quais, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e funcionários de apoio.

Hoje, o maior hospital público e principal porta de entrada do SUS para os casos de alta complexidade de Sergipe possuem em seu quadro funcional, aproximadamente 3,2 mil funcionários, Estatutários e celetistas, contratados por meio de concurso público após a implantação da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) criada pela Lei nº 6.347, de 02 de janeiro de 2008, é dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública. Possui autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, quadro de pessoal próprio e prazo de duração indeterminado, sendo 2009, o ano em que o hospital passou a ser administrado pela FHS.

Deste então, são médicos, distribuídos em diversas especialidades como clínica geral, pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, cirurgias geral, plástica, torácica e vascular. O complexo hospitalar possui ainda profissionais de enfermagem, sendo enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, cirurgiões-dentistas e cirurgiões bucomaxilofacial, biomédicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, radioterapeutas, técnicos de radiologia, técnicos de laboratório, auxiliares laboratoristas, três ajudantes-laboratoristas de Saúde, anesthesiologista, agentes de serviço de saúde, assistentes sociais e físico-médicos. Também integram o corpo clínico do Hospital de Urgência de Sergipe, gastroenterologistas, hematologistas, infectologistas e profissionais que atuam nas áreas de pediatria, nefrologia, neurologia, oftalmologia, psiquiatria, urologia, otorrinolaringologia, ultrassonografia, pneumologia, proctologia, terapia intensiva, além de fonoaudiólogos, bioquímicos, instrumentadores cirúrgicos e pessoal da área administrativa.

Para o atendimento direto à população, o HUSE está organizado clínica e fisicamente, a partir de quatro grandes setores, a saber: o Pronto-Socorro, o Internamento, o Centro Cirúrgico, a Pediatria, o Centro de Oncologia e o Centro de Informações e Investigação Toxicológica (Ciatox).

O HUSE, responsável por uma média mensal de 15 mil atendimentos somente de urgência e emergência, passou por várias reformas e mudanças assistenciais e estruturais, somente em 2010, realizou 157.964 atendimentos, incluindo urgência, emergência e

internações, além de consultas no Ambulatório Oncológico e de Radioterapia. Atualmente, o complexo hospitalar compreende 13 alas de internação e capacidade física instalada de 490 leitos. Além de possuir a maior urgência e emergência do Estado, definidas pelas Áreas Azul, Verde, e Vermelha, de forma a representar a gravidade do quadro: Azul significa não urgente, Verde significa pouco urgente, e Vermelha emergência. O hospital dispõe, ainda, de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI-Adulto), Semi-Intensiva Adulto, Central de Tratamento Intensivo Pediátrica (CTI-PED), Centro Cirúrgico com nove salas cirúrgicas (seis delas operacionais) e uma Sala de Recuperação Pós- Anestésico (SRPA). Referência no tratamento do câncer, o Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite (COOL) integra as diversas especialidades encontradas no HUSE. O Centro dispõe de 49 leitos (21leitos infantis e 28 leitos adultos) para internamento, realizando atendimentos clínicos e ambulatoriais, assim como, tratamentos oncológicos à base de quimioterapia e radioterapia, por mês, o COOL realiza aproximadamente 2,5 mil consultas oncológicas, administra em torno de 70 quimioterapias e faz 115 sessões de radioterapia por dia.

O hospital também dispõe da única Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) de Sergipe, inaugurada em junho de 2003, apresentando 14 leitos, sendo quatro infantis, quatro para adultos, quatro de UTI e dois de Semi-intensiva, além de ambulatório e fisioterapia em uma área de 300m<sup>2</sup>. O quadro funcional é formado por seis cirurgiões-plásticos, auxiliados por uma equipe de fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

O hospital estabelece diversas parcerias com a rede de saúde, associações e sistemas responsáveis pela prestação de serviços na área, a exemplo da Associação Nacional de vigilância sanitária (Anvisa), Sistema Nacional de Informações Toxicológicas ( Sintox), da Fundação Osvaldo cruz ( Fiocruz), Rede Nacional de centros de Toxicologia do Brasil (Renacia), dentre outros.

### 2.3 Serviço Social na Instituição

O trabalho com pessoas hospitalizadas e seus familiares torna se visível a vulnerabilidade que acomete todos os que passam por essa situação, mostrando a importância da luta pela humanização do atendimento. Isso fica ainda mais evidenciado quando se considera que, além de estarem vivendo um momento de fragilidade e ansiedade, devido à enfermidade, muitas pessoas têm seu sofrimento agravado por desconhecerem seus direitos

como cidadãos. O Serviço Social intervém junto ao usuário no sentido de fortalecer sua autonomia e lhe informar sobre seus direitos como cidadão. O trabalho desses profissionais está voltado à promoção da emancipação do usuário, que estará possibilitado a ser agente no processo de mudança da própria realidade.

O trabalho do assistente social na saúde deve estar pautado nos princípios do projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político do Serviço Social. Articulado a esses dois projetos o profissional está qualificado a atender às necessidades apresentadas pelos (as) usuários (as). Assim, o profissional é demandado a formular estratégias que busquem reforçar nos serviços de saúde a efetivação da mesma, como direito social, atentado que o trabalho do assistente social tem que ter como norte o projeto ético-político profissional e estar articulado ao projeto da reforma sanitária. Considerando que o atual Código de Ética do assistente social apresenta instrumentos fundamentais para o trabalho do assistente social na saúde, destacam-se abaixo os seus princípios fundamentais de atuação profissional, em qualquer âmbito de atuação, que são eles:

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. (BRASIL, 1993, p. 23).

Assim, faz-se necessário ao assistente social com atuação na saúde, conhecer a essência da proposta do SUS, seus princípios e diretrizes, pois indicam uma prática direcionada aos interesses dos usuários. Para a profissão não existem fórmulas prontas como uma espécie de receita de bolo, devendo ao profissional não se acuar ao que lhe é apresentado no seu cotidiano. Assim, o assistente social, através do acesso a serviços e políticas sociais, deve buscar e reformular estratégias que garantam a real efetivação do SUS, buscando viabilizar a saúde como dever do Estado e direito fundamental do ser humano.

Atualmente, há uma média de 60 assistentes sociais laborando no HUSE, sendo que deste, assume a função de técnicas referencial, uma espécie de coordenação e representação dos profissionais na instituição. Estes profissionais estão alocadas nas chamadas unidades de produção e operam com carga horária semanal de 30 horas semanais, em cumprimento da lei 12.31 de 26 de agosto de 2010.

Os profissionais estão presente nas 04 unidades setoriais do hospital: Pronto-socorro, Internamento, Pediatria e Oncologia. Suas ações são orientadas pelo manual de Serviço social na instituição, segundo o qual, a missão do serviço social é garantir ao usuário e sua família um atendimento humanizado e resolutivo para o tratamento da saúde, como o encaminhamentos necessário a utilização da rede estadual de saúde que o assiste.

A se tratar do pronto socorro, setor onde e desenvolver a experiência de estágio, compete aos assistentes sociais desenvolver as competências de planejar, executar e monitorar ações de acompanhamento das demandas dos usuários, atuar, juntamente com a equipe multidisciplinar na resolução, questões, demandadas pelo público usuário e fornecer documentação específicas da atividades profissionais do setor.

O espaço físico utilizado pelos Assistentes Sociais localiza-se na portaria do pronto-socorro do HUSE com estrutura correspondente a uma sala com 04 subdivisões: sala de atendimento, banheiro, copa, e dormitório. No que se refere à disponibilidade de recursos materiais o setor possui mesas, cadeiras, computadores, ar-condicionado, aparelhos telefônicos, armários coletivos, geladeiras, micro-ondas, cafeteiras, bebedouro, beliche. Destaca a falta de específica para atendimento privativo.

A equipe é composta, em média de 15 Assistentes Sociais distribuídos em 05 profissionais por turno, manhã, tarde e noite. No setor ficam alocados também 02 auxiliares administrativos responsáveis em auxiliar os profissionais de serviço social na resolução de demandas diárias.

Durante a vivência no estágio pôde-se perceber as carências do local de prática, são elas: busca por informações de pacientes internos nas áreas fechadas, como a vermelha e centro cirúrgico, pois nestes locais não é permitida a presença de acompanhantes; dificuldade de acesso das visitas aos leitos; solicitação e emissão de declarações pós-alta, para acompanhante ou interno; procura pelo cardápio de alimentação; abordagem psicossocial adequada em casos de amputação, em que o usuário se recusa a autorizar; abordagem adequada à mulher vítima de violência doméstica, esclarecendo alguns de seus direitos e encaminhando-a aos órgãos competentes; localizar familiares de pacientes internos que precisam de acompanhantes; entrar em contato com o Instituto de Identificação na ocorrência de pacientes não identificados; acionar o Conselho Tutelar em casos de violência e maus-tratos à criança e ao adolescente e acionar o Conselho do idoso a partir de maus tratos ou violência.

Diante do exposto, observou-se que o profissional procura atender essas demandas com muita ética, respeitando sempre a autonomia dos pacientes, prestando seus serviços com qualidade e compromisso na resolução dos casos. Em alguns desses casos, a prática profissional é imediatista e com caráter paliativo, isto devido à grande demanda de usuários que necessitem de respostas rápidas, e ainda por ser um setor rotativo, onde as pessoas assistenciadas, vêm e vão rapidamente, além de muitos serem de outros Estados. Percebemos isto como um desafio ao trabalho do Assistente Social. Então, Kurger explica que:

O Serviço Social ao pensar sua prática na saúde necessita compreender estas duas dimensões, fazendo leituras das demandas das instituições e dos usuários e identificar potenciais espaços de atuação, para evitar intervenções idealizadas, espontaneístas e restrita as relações interpessoais (KURGER, 2010, p. 113)

Não existem fórmulas prontas para o cotidiano do assistente social que atua nessa área. Contudo, não podemos ficar constrangido frente aos obstáculos que se apresentam no cotidiano profissional. Devendo assim, lutar pela defesa intransigente dos direitos dos usuários frente às contradições do SUS e permanecer desafiado a defesa democrática da classe e do paciente, articulando-se com outros profissionais que partilhem desse mesmo ideal. As atribuições e competências dos (as) profissionais de Serviço Social são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, 2009, p. 16). Ressaltando, que essas competências devem ser respeitadas tanto pelos (as) profissionais de Serviço Social quanto pela instituição empregadora. Os profissionais de Serviço Social, que pautam o seu trabalho no Código de Ética e na Lei que Regulamenta a Profissão, são qualificados para atuar nas diferentes políticas sociais. Eles devem se abster de abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, ou seja, práticas que reforçam ao conservadorismo, tratando as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente (CFESS, 2009, p. 17). O Assistente Social atua de forma a responder as demandas geradas pela questão social. A experiência vivenciada, possibilitou compreender: a rotina da referida instituição, as atribuições do Assistente Social, as demandas postas, e os limites impostos ao profissional, assim como as possibilidades de atuação que permitem promover a equidade social, e a contribuição deste profissional para o desenvolvimento da sociedade. Além disto, vale

ressaltar que o Estado neoliberal impõe limites na efetivação da equidade, pois esta visa à garantia de tratamento igual para os iguais e com desigualdade os desiguais.

Contudo, pensar nestas ações do serviço social na política da saúde e, principalmente, no campo de estágio aqui referenciado, a saber, o pronto-socorro, requer uma análise minuciosa sobre a instrumentalidade profissional da categoria, isto porque, as dimensões norteadoras que o serviço social tanto lutou para conquistar não podem se perdidas no agir dos profissionais atuantes neste setor. Assim, saliento a seguir alguns aspectos relevantes a respeito da instrumentalidade profissional que devem presidir a categoria no campo aqui narrado.

#### 3.4 Diagnóstico Social

O Diagnóstico Social do bairro Capucho é resultado da necessidade de identificar quais as fragilidades, potencialidades, demandas, problemas e serviços que o bairro apresenta. Levando-se em consideração o conceito dado por Brasil:

O diagnóstico visa organizar dados, produzindo informações e análises, capazes de serem absorvidas para a tomada de decisão. Para ser útil, o diagnóstico deve consistir em um estudo da situação de uma determinada população e sua região, com textos descritivos ou analíticos, tabelas de dados, cartogramas e, especialmente, indicadores específicos sobre os vários aspectos da realidade local e regional (BRASIL, 2013, p. 69)

O estudo da situação consiste na caracterização, compreensão e na explicação de determinada situação tomada como problema para o planejamento e na determinação da natureza, limitações e possibilidades. Levando-se em consideração que, as aproximações sucessivas ao objeto, promovem a abertura de novos horizontes. Essas aproximações, no entanto, têm como referência a intencionalidade constituinte em relação à ação que deverá ser subsidiada. Quando a intencionalidade visa à mudança, é necessário conhecer como se engendram e como se estruturam as diferentes instancias de poder e os seus eixos (BAPTISTA 2013).

Diante disso, o diagnóstico social trata-se de um instrumento que sistematiza o conhecimento, a análise e o aprofundamento da realidade, fundamentais para subsidiar as ações, tanto como, as intervenções profissionais e dos setores no âmbito das políticas públicas.

O bairro Capucho foi tomado como exemplo por possuir características distintas, devido a sua especificidade de concentração de vários equipamentos urbanos institucionais, e o principal equipamento de saúde do Estado de Sergipe, o HUSE.

Além desta dinâmica diferenciada, o Capucho está situado junto à entrada da cidade, ao lado do Terminal Rodoviário Interestadual e ao acesso à Universidade Federal de Sergipe. Esta característica de uso e ocupação diferenciada, atrelada ao principal acesso rodoviário da cidade, faz do Capucho um local de alta circulação. A Avenida Presidente Tancredo Neves que corta o bairro Capucho possui uma função estratégica para a cidade de Aracaju comportando a demanda de veículos, sejam eles: de carga, de transporte coletivo urbano, intermunicipal e interestadual. Também dispõe de acessos aos principais órgãos e ministérios da cidade, como o Ministério Público, Tribunal de Justiça entre outros conselhos e órgãos governamentais que fazem parte do complexo administrativo do estado de Sergipe.

A transformação do Bairro Capucho, localizado na zona Norte da cidade, teve seu início marcado na implantação e instalação de alguns órgãos públicos na redondeza, inspirado no planejamento de Brasília. Era esse o interesse da época, de transferir os órgãos públicos do centro da cidade para desafogar o trânsito no eixo central da cidade, acreditando que esse afastamento seria ideal para o planejamento urbano para cidade. Em 1978, no Bairro citado, se inaugura a Rodoviária Governador José Rollemberg Leite, a qual se transforma no principal ponto de entrada da cidade, reduzindo o fluxo de ônibus no Centro da cidade, onde era localizado o antigo terminal rodoviário de Aracaju. Foram construídos nessa mesma área, prédios como: Secretaria da Fazenda (1982), Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (1986), Centro de Hemoterapia de Sergipe (HEMOSE) em 1987, Centro de Referência da Mulher (1990), Federação das Indústrias de Sergipe (1990), Operações Especiais da Polícia Civil (1990), Tribunal de Contas do Estado (1990). Já a partir do ano 2000 foram inaugurados ainda mais órgãos como a sede da Justiça Federal de Sergipe, Tribunal Regional Eleitoral, Tribunal de Contas da União, Tribunal Regional do Trabalho, Fórum Gumercindo Bessa do Tribunal de Justiça de Sergipe e o Ministério Público do Estado de Sergipe inaugurado sua nova sede no CENAF em 2013 e mais, o novo Hospital do Câncer próximo órgão que será implantado em breve no mesmo bairro.

Contudo, o que foi planejado nos anos 70 como uma solução para desafogar o trânsito no centro se transformou em um grande problema nos dias de hoje, com o crescimento nos últimos anos de números de veículos particulares em detrimento da facilidade de acesso ao veículo individual e principalmente ao abandono da rede de

transporte pública na cidade. Nesse sentido, o cidadão passou a optar pelo transporte individual e não a usar o transporte coletivo. Com isso, os órgãos que foram instalados nesse bairro passam a ser considerados grandes pólos geradores de tráfego e em consequência estrangulando a via principal que dá acesso aos prédios públicos. Dentro destas peculiaridades, o bairro Capucho se caracteriza por morfologia diferenciada, ao restante da cidade, por seus lotes possuírem grandes dimensões e suas edificações possuírem tipologias singulares de edifícios governamentais e institucionais.

Em 2010 a população do bairro Capucho representava 956 habitantes segundo dados do IBGE, porém, essa realidade tem sido modificada nas últimas décadas, devido ao alto índice de violência; a falta de infraestrutura; lazer e serviços que o bairro ainda não oferece, como Escolas de Nível Médio, suficientes para atender todos os Jovens da comunidade, sem que estes precisem se deslocar para os bairros vizinhos ou mais distantes, praças e quadras de esporte; falta de policiamento, promovendo uma segurança adequada, entre outros.

Conforme o censo 2010 a população de Capucho é distribuída entre homens e mulheres. A População masculina representa 480 habitantes, e a população feminina, 476 habitantes.

Em decorrência a esse percentual, nota-se que no bairro Capucho, existem mais homens do que mulheres, sendo a população composta de 49.79% de mulheres e 50.21% de homens.

## CAPÍTULO III

### 4.1 Proposta de Intervenção Social

O Desenvolvimento do projeto de intervenção perpassaram a identificação da importância e necessidade dos pacientes e familiares manterem contato ainda no centro cirúrgico, acalmando a angústia dos familiares, mantendo os, informados do quadro clínico do paciente.

O Serviço Social pensou em estratégias, e orientações a fim de que os usuários e familiares tivessem maiores conhecimentos acerca dos seus direitos junto à saúde e o papel do Assistente Social no centro cirúrgico do HUSE.

A Deliberação nº 14 do Eixo Fiscalização Profissional define que se deve “incluir no estudo do Grupo de Trabalho sobre Serviço Social na Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde (CFESS, 1999)

Na área da saúde devem-se compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que sempre interferem no processo saúde/doença. Cabendo ao Serviço Social a busca por ações estratégicas como uma necessidade para a superação reforçando o direito social à saúde.

Desse modo visou-se demonstrar a importância levando o familiar no centro cirúrgico, por meio de palestra, na sala do centro cirúrgico do HUSE, junto com a Assistente Social e os estagiários. Com esse projeto os demais profissionais poderão participar, dando seu posicionamento e visão sobre a importância desse contato, paciente/família.

## CAPITULO IV

### 5.1 SISTEMÁTICA DE OPERACIONALIZAÇÃO

O Assistente Social defronta-se com muitos desafios, um dos grandes desafios é a afirmação de sua profissão dentro do hospital, para isto, o profissional deve sempre estar pautado no Código de Ética da profissão.

O objetivo do projeto de intervenção, foi alcançado: a prática de intervenção foi possível realizar no centro cirúrgico do turno vespertino do Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho cotidianamente. A intervenção foi realizada, tendo como público alvo coordenadores da enfermagem e administrativo do centro cirúrgico, coordenadores do pronto socorro e assistentes sociais, foi possível também realizar o relato das atividades realizadas no cotidiano de estágio rico em observação. Procurou-se estabelecer, sempre que pertinente, a relação teórico-prática de tal relato, a fim de enriquecer as reflexões sobre os fatos com os quais se teve contato empírico. Adotou-se uma postura propositiva em relação a grande conquista do serviço social, que foi o contato do familiar com o paciente ainda em centro cirúrgico.

Enquanto estagiários foi possível aplicar o conhecimento adquirido em ambiente acadêmico, especialmente em relação aos processos de código de ética do Assistente Social.

### 5.2 ANÁLISE E SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA

O objetivo do estudo tem um propósito de relatar a experiência e o olhar crítico e analítico adquirido enquanto estagiários de Serviço Social no âmbito da saúde, especificamente no Centro Cirúrgico do HUSE. As experiências desenvolvidas envolveram situações diferenciadas de aprendizagem e formação.

Consideramos o estágio como parte importante do nosso processo de formação, sendo este o elemento que nos possibilita um interação mais próxima com o cotidiano e as vivências dos pacientes e familiares, ainda no centro cirúrgico. Buscamos as principais demandas apresentadas ao Serviço Social, suas respostas profissionais, seus limites e possibilidades mostrando a importância da luta pela humanização do atendimento. Isso fica ainda mais evidenciado quando se considera que, além de estarem vivendo um momento de fragilidade e ansiedade devido à enfermidade, muitas pessoas têm seu sofrimento agravado

por desconhecerem seus direitos de cidadania. É necessário ir além do atendimento das necessidades biológicas e físicas, atendendo também suas carências subjetivas, através da técnica de ouvir a história e entender sua dor, além da atenção e do respeito ao momento que o usuário está passando, e o profissional de serviço social tem competências e habilidades para realizar este tipo de abordagem durante o atendimento.

Diante do exposto, observou-se que o profissional procura atender essas demandas com muita ética, respeitando sempre a autonomia dos pacientes, prestando seus serviços com qualidade e compromisso na resolução de informações. Nesta direção,

Os Assistentes Sociais, o maior desafio é o de desenvolver o trabalho profissional garantindo o atendimento das necessidades e demandas dos usuários [...] tendo a intervenção calcada em ações voltadas para a interação entre os diversos níveis do sistema de saúde e fora dele. Ou seja, faz-se necessário trabalhar a conexão das necessidades de saúde da população com os princípios e as diretrizes do SUS e, para além do sistema, buscar a conexão com a rede externa de proteção social, a articulação da política de saúde com as demais políticas setoriais, como por exemplo, assistência social, educação, habitação, e com a rede de atendimento [...] tendo em vista a preocupação com o desenvolvimento de ações comprometidas com a garantia dos direitos sociais e do direito à saúde, orientadas pelas necessidades dos usuários, visando ao atendimento integral em saúde (COSTA, 2000 apud DAL PRÁ, 2007, p. 327).

Vale salientar que o assistente social também registra tudo que desenvolve em um livro, que representa a memória do trabalho realizado pelo profissional naquele campo sócio ocupacional. Toda prática desenvolvida pelos assistentes sociais é relatada nesse livro, e pode servir para atividades desenvolvidas pelo profissional, e dessa forma contribuir para construção do conhecimento na área.

A experiência vivenciada enquanto estagiários, possibilitou compreender: a rotina da referida instituição, as atribuições do assistente social, as demandas postas, e os limites impostos ao profissional, assim como as possibilidades de atuação que permitem promover a equidade social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente as experiências durante a prática de estágio, foi possível ampliar o conhecimento associando a importância de um Assistente Social no centro cirúrgico, facilitando o contato do familiar com o paciente.

Sabemos que o estágio é um processo essencial para a formação do aluno de serviço social, pois lhe proporciona um momento específico de sua aprendizagem, uma reflexão sobre a ação profissional, uma visão crítica das relações dinâmicas no campo institucional, e que apoiada na supervisão, tanto acadêmica quanto de campo, possui a potencialidade de possibilitar a elaboração de novos conhecimentos, pois é através da pesquisa, buscam-se subsídios para a prática.

Desta forma, o estágio suscita crítica e reflexão, enquanto atividades de ensino-aprendizagem, pois possibilita ao discente entrar em contato com uma realidade desenvolvendo seu movimento contraditório.

No que se refere à experiência de estágio ora relatada, foi possível perceber o trabalho em harmonia entre o serviço social e demais equipes do centro cirúrgico.

Por motivo de força maior, não foi possível o pedido de liberação ao (nep). Impossibilitando a execução do projeto de intervenção do centro cirúrgico, haja vista a assistente social supervisora de campo entrou de licença médica, o que inviabilizou o encerramento da disciplina, mas não o processo de cumprimento desta e suas avaliações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.M. & MELEIROS, A.M.A.S.(2000). Revisão: depressão e insuficiência renal crônica. **Jornal Brasileiro de nefrologia**, 22, 21-29.

ARCRESE- **Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Estado de Sergipe**. Brasil, Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília- DF.

BRAVO, Maria Inês Souza, **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 3 ed. São Paulo, Cortez; 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza,etc. AL (Orgs). **Saúde e Serviço Social**, Rio de Janeiro. Editora Cortez, 2007.

DAUGIRDAS, J.T. **Manual de Diálise**. 2ed.Rio de Janeiro: Medsi,1996. <http://www.novospesquisadoresnovosolhares.com.br> (acessado em 13 de maio de 2011as 11:45hs)

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**. 2003 3. Constituição Federal. São Paulo; **Revistas dos Tribunais** 2003.

PERIZ, L.A, & SANMARTIM, E. F. (1998). Living witch chronic renal insufficiency. **Revista da Enfermeira**, 21,105-110.

RESOLUÇÃO RDC nº 154, de 15 de junho de 2004.

MOTA, A.E. **Serviço Social e Saúde**. 4 Ed. São Paulo: Cortez; Brasília- DF: OPAS; OMS, Ministério da Saúde; 2009.

BRAGA, P. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo: 1986.

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

BRASIL. Lei n. 8.088, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990. P. 18055.

BRAVO, M.I. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: 2004

COSTA, N. R. **O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90**: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. *In*: Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro, 1997.

JACOBI, Pedro Roberto. Dimensões e Alcances dos Movimentos Sociais Urbanos No Brasil. **LUSO-BRAZILIAN REVIEW**, v. 27, n.2, p. 41-58, 1990.

PAIM, J. **O QUE É O SUS**. Rio De Janeiro: Editora Fiocruz. 2009

PEREIRA, B. **A Reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira**. Brasília, 1995.

# APÊNDICE

## 1 .ABRANGÊNCIA DO PROJETO

### “Serviço Social: sua intervenção no centro cirúrgico”

A essência deste projeto de intervenção trata-se da necessidade de ampliar as informações a ser desenvolvido entre assistentes sociais atuantes, com pacientes do centro cirúrgico do Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), no período de março a junho de 2018. O objetivo deste trabalho é possibilitar que o paciente sempre fique assistido, e o familiar seja informado sobre o estado de saúde.

O HUSE está localizado na Avenida Tancredo Neves, 7501, no Bairro Capucho, Aracaju SE, CEP: 49095-000, foi inaugurado em 7 de novembro de 1986 como hospital de referência em urgência e emergência, tendo objetivo de garantir assistência médica, nas especialidades de trauma, e também no tratamento de queimados, oncológicos, doentes renais, dentre outros. Por ser um hospital de grande porte, atende demandas do estado de Sergipe, e de estados vizinhos, que se deslocam procurando serviços de alta complexidade, funcionando 24 horas, atualmente gerenciado pela Fundação Hospitalar de Saúde (FHS), o atendimento se dá através de uma avaliação com esquipe de enfermagem que utiliza o protocolo de Manchester que classifica os pacientes por cores, segundo á sua gravidade: onde vermelha significa emergência, verde significa pouco urgente, e azul não urgente.

O pronto socorro é composto pelas áreas azul, verde trauma I e verde trauma II, Verde clínica Feminina e Verde Clínica Masculina, Área vermelha, Centro Cirúrgico e Unidade Pós Cirúrgica (UPC) possuindo também uma ala chamada corredor catástrofe reservado para atendimentos originários de calamidade pública, contudo, devido a superlotação a ala tem sido usada diariamente.

O Serviço social está localizado na entrada do pronto socorro, também em funcionamento 24 horas e atendimento aos pacientes e famílias sobre dinâmica hospitalar e seus direitos. Atende demandas interna e externas nos telefones: (79)3216-2630 e (79) 3216-2620.

## 2. RESUMO

Este projeto de intervenção é resultado de um estágio desenvolvido na área de serviço social no centro cirúrgico, de março à junho de 2018. O projeto foi pensado, pela grande demanda de pacientes e familiares necessitando do apoio da rede sócio assistencial. Apresentando um estudo que busca reconhecer, práticas do Assistente Social junto a equipe de saúde do centro cirúrgico, e sua articulação do projeto ético político da profissão, realizando uma análise das informações entre paciente e família, onde em 2016 houve grande conquista para pacientes que encontra-se em centro cirúrgico, onde familiares só tinha acesso a informações clínicas através do sistema de informações de paciente (HOSPUB).

Entendendo que essa ação teria que ser ampliada, possibilitando o acesso do familiar ao paciente internado no centro cirúrgico, através de vários diálogos o serviço social conseguiu acesso a médico intercorrente com isso foi possível o acesso do familiar ao quadro clínico de pacientes do centro cirúrgico.

A apresentação do projeto será realizado em sala do centro cirúrgico, no dia (A DEFINIR), com qual buscamos contar com a participação de profissionais da área.

### 3. PÚBLICO ALVO

O projeto está direcionado para a coordenadores, assistente sociais, enfermeiros e assistentes administrativos que compõe centro cirúrgico e pronto socorro.

#### 4. OBJETIVOS

4.1 Geral: Publicizar as estratégias de intervenção que garante o acolhimento cirúrgico, e pós cirúrgico aos familiares, dos pacientes, acolhido no centro cirúrgico.

## 5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dialogar com a família do paciente, a respeito dos fluxos por cirurgia.
- Assegurar o contato entre pacientes e seus familiares
- Sensibilizar profissionais que compõem a equipe do centro cirúrgico, objetivando a legitimidade do assistente social na equipe.

## 6. JUSTIFICATIVA

O Brasil é o único país no mundo a ter um sistema público de saúde universal e gratuito, Sistema Único de Saúde (SUS), sem cobrança adicional ao usuário.

O SUS foi inicialmente idealizado na Constituição Federal de 1988 que determina no art. 196. 'Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sendo uma estrutura fundamental para a saúde no Brasil, uma porcentagem importante da população brasileira depende do SUS, não tendo condições de acesso ao sistema privado.

O SUS é estruturado da seguinte maneira: Ministério de saúde que formula, normatiza, fiscaliza monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde, a Secretaria estadual de Saúde (SES) que participa da

formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e programar o plano estadual de saúde, a Secretaria municipal de saúde (SMS) que Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde, os Conselhos de Saúde que 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, as comissões Intergestores tripartite (CIB) que é conhecido como um Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

## 7. METODOLOGIA

A efetivação do projeto de intervenção será realizada com a participação dos estagiários de Serviço Social Sumaya Inaê Barreto de Lima Freitas, e Tony Erick de Oliveira Santos, e da sua supervisora de campo a Assistente Social Nancy Maria Nunes Batista. Com a realização do projeto, pretende-se alcançar 100% do público alvo, através das atividades realizadas ao longo do projeto. Pretende-se fazer uso dos meios de comunicação a exemplo: folder, retroprojetor, notebook, folha A4, apresentação da intervenção para compartilhar a atuação do Assistente Social no Centro Cirúrgico, esse projeto irá proporcionar experiência na extensão universitária, despertando, nós, acadêmicos para o compromisso com o desenvolvimento de atividades profissionais do dia-a-dia, vivenciando a implantação do projeto aqui apresentado.

## 8. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO

Nome	Função no Projeto	Formação Profissional
SUMAYA INAÊ B. DE L. FREITAS	EXECUÇÃO DO PROJETO, EM CENTRO CIRÚRGICO	ESTÁGIARIA
TONY ERICK DE O. L. SANTOS	EXECUÇÃO DO PROJETO, EM CENTRO CIRÚRGICO	ESTÁGIARIO
NANCY MARIA N. BATISTA	SUPERVISORA DE CAMPO	ASSISTENTE SOCIAL

## 9. DIVULGAÇÃO DO PROJETO

<b>Planejamento das atividades de divulgação</b>		
<b>Instrumentos</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Data</b>
Convites	Mobilizar profissional para participar da apresentação do projeto de intervenção	A DEFINIR
Apresentação do projeto	Apresentar o projeto em sala no centro cirúrgico do HUSE	A DEFINIR

## 10. AVALIAÇÃO

É notório, que os familiares ficam impacientes, e ociosos, com a espera de notícias de paciente em centro cirúrgico. Com o avanço e conquista do serviço social, ao levar os familiares até os pacientes em sala pós anestésica, ainda em centro cirúrgico deixando com que fiquem mais confortáveis e cientes do estado clínico dos mesmos. Conseguindo obter um bom resultado em relação à informação sobre pacientes, a partir das ações desenvolvidas pelo profissional de serviço social e a participação da equipe do centro cirúrgico, que se torna possível desenvolver ações visando à orientação sobre os direitos da saúde. Ficando claro que “trabalho em equipe” é um ambiente que o profissional tem a oportunidade de utilizar essa ferramenta para prestar atendimento humanizado e qualificar os serviços de saúde, proporcionando autoestima e conforto a pacientes e familiares.

## 11. ORÇAMENTO

Serão utilizados para a realização do projeto:

ITEM	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
PAPEL A4	R\$ 20,00	R\$ 20,00
CONVITES	R\$ 1,00	R\$ 20,00
FOLDERS	R\$ 0,50	R\$ 15,00
BISCOITO	R\$ 2,00	R\$ 10,00
REFRIGERANTE	R\$ 5,00	R\$ 15,00

## 12. RECURSOS MATERIAIS

ITEM	QUANT.	TOTAL
NOTEBOOK	1	1
RETROPROJETOR	1	1
PAPEL A4	1	1
CANETA	15	15

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Poder executivo. Brasília, DF, 1990.

BEZERRA, Suely de Oliveira. Desvendando as demandas para o Serviço Social no Complexo Hospitalar e de Atenção à Saúde da UFRN, a partir dos anos 90, frente aos desafios postos pela questão social. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004



República Federativa do Brasil  
Ministério da Educação

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**



O Reitor em exercício da Universidade Federal de Sergipe, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Letras, Língua Portuguesa em 23 de maio de 2015, confere o título de Licenciado em Letras, Língua Portuguesa a

***Erberto Gomes dos Santos Junior***

natural do Estado de Sergipe, nascido em 16 de maio de 1990, filho de Erberto Gomes dos Santos e de Maria Gilvânia Gomes dos Santos, e outorga-lhe o presente diploma para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Cristóvão/SE, 01 de fevereiro de 2016.

**STUDENDO CRESCE**

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

*Erberto Gomes dos Santos Junior*  
Universidade Federal de Sergipe

DIPLOMADO  
CPF: 053.047.025-06

*A. J. M. C. J. C.*  
Prof. Dr. André Maurício Conceição de Souza  
Reitor em exercício