

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
BACHAREL EM SERVIÇO SOCIAL DE CAMPOS

LIANA CARVALHO MARIANO DE LIMA

**SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DE
SUA IMPORTÂNCIA A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL GERAL
DE GUARUS.**

Campos dos Goytacazes/RJ
2019

LIANA CARVALHO MARIANO DE LIMA

**SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DE
SUA IMPORTÂNCIA A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL GERAL
DE GUARUS.**

Monografia apresentada ao curso de Bacharel em Serviço Social, da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de graduada em Serviço Social.

Orientadora: Dr^a Viviane Aparecida Siqueira Lopes

Campos dos Goytacazes-RJ
2019

Ficha catalográfica automática - SDC/BUCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

L732s Lima, Liana Carvalho Mariano de
Serviço Social na Estratégia Saúde da Família: uma
análise de sua importância a partir do Serviço Social do
Hospital Geral de Guarus / Liana Carvalho Mariano de Lima ;
Viviane Aparecida Siqueira Lopes, orientador. Campos dos
Goytacazes, 2019.
53 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social)-Universidade Federal Fluminense, Instituto de
Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Campos dos
Goytacazes, 2019.

1. Política Pública de Saúde. 2. Determinantes sociais.
3. Estratégia Saúde da Família. 4. Serviço Social. 5.
Produção intelectual. I. Aparecida Siqueira Lopes, Viviane,
orientador. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de
Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional. III.
Título.

CDD -

LIANA CARVALHO MARIANO DE LIMA

**SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DE
SUA IMPORTÂNCIA A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL GERAL
DE GUARUS.**

Monografia apresentada ao curso de Bacharel em Serviço Social, da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de graduada em Serviço Social.

Aprovada em: __ / __ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Viviane Aparecida Siqueira Lopes (Orientadora)
Departamento de Serviço Social de Campos - SSC
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof.^a Ms. Maria Clélia Pinto Coelho
Departamento de Serviço Social de Campos - SSC
Universidade Federal Fluminense – UFF

Prof.^a Dr.^a. Ivana Arquejada Faes
Departamento de Serviço Social de Campos - SSC
Universidade Federal Fluminense – UFF

Campos dos Goytacazes/RJ.
2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por mais esta conquista. Por ter me concedido saúde, força, sabedoria e por me sustentar sempre quando eu preciso.

Aos meus pais, Paulo César e Irinéa, que me oportunizaram a caminhada de estudos até aqui.

Agradeço as minhas amigas e companheiras de graduação, que estiveram ao meu lado durante todos os momentos de desânimo, dando-me suporte e incentivo para seguir em frente. Obrigada, meninas (Rosilene, Simoni, Monique, Nilene, Lidiana e Juliana)! Vou levar vocês da UFF para a vida.

A minha supervisora de estágio em Serviço Social no Hospital Geral de Guarus, Eliane Cristina Silva França, por todo aprendizado. Você foi muito importante no meu processo de formação.

Agradeço também as professoras Dr^a. Ivana Arquejada Faes e Ms. Maria Clélia Pinto Coelho por terem aceitado participar da minha banca. Vocês são exemplos de profissionais. Obrigada por aceitarem a fazer parte desse momento comigo.

Finalmente agradeço a minha querida orientadora Dr^a. Viviane Aparecida Siqueira Lopes, por ter sido tão atenciosa e paciente comigo. Obrigada por acreditar em mim, por me estimular a ir além e dividir seus conhecimentos comigo. Agradeço a Deus por ter me conduzido até você, que foi essencial na construção desse trabalho.

RESUMO

Este estudo visa analisar a necessidade da inserção do assistente social na equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), com vistas à redução de internações por condições sensíveis a atenção básica, a partir de registros do Serviço Social no Hospital Geral de Guarus (HGG). Para tanto, foi utilizada pesquisa documental, que incidiu sobre as Fichas Sociais do Serviço Social no Hospital Geral de Guarus; e, pesquisa bibliográfica sobre os temas: determinantes sociais no processo saúde-doença, políticas relacionadas à atenção básica à saúde, trabalho do serviço social na saúde, em contexto hospitalar. Foram levantados, também, dados sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) no distrito de Tócos, em Campos dos Goytacazes, sendo esta ressaltada pela autora deste trabalho, em virtude de sua concomitante participação no Serviço Social no HGG, como estagiária, e na ESF de Tócos, como agente comunitária de saúde. Seus resultados expressam a ampla presença de internações por condições sensíveis a atenção básica no HGG, sendo esta sistematização possível a partir de um dos instrumentos utilizados pelo Serviço Social deste hospital. Também, que a alta incidência deste tipo de internações poderia ser prevenida por uma ação aprimorada da Estratégia Saúde da Família (ESF), em conjunto com as demais ações da atenção básica em saúde, a partir da inclusão de assistentes sociais em suas equipes, o que qualificaria a intervenção frente aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Por fim, que o Serviço Social do HGG, mesmo diante aos limites pertinentes ao trabalho em emergência, vêm intervindo sobre os determinantes sociais frente ao processo saúde-doença, buscando desenvolver um trabalho em perspectiva de integralidade, articulando seu projeto ético-político aos propósitos do Sistema Único de Saúde.

Palavras chaves: Atenção Básica em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Determinantes Sociais em Saúde; Serviço Social.

ABSTRACT

This study aims to analyze the need for the inclusion of the social worker in the Family Health Strategy (FHS) team, with a view to reducing hospitalizations due to conditions sensitive to primary care, from Social Service records at Guarus General Hospital (HGG) . For this purpose, a documentary research was used, which focused on the Social Records of the Social Service at the General Hospital of Guarus; and, bibliographical research on the themes: social determinants in the health-disease process, policies related to primary health care, work of the social service in health, in a hospital context. Data were also collected on the Family Health Strategy (FHS) in the district of Tócos, Campos dos Goytacazes. Tócos FHS, as a community health agent. Their results express the wide presence of hospitalizations for conditions sensitive to primary care in the HGG, and this systematization is possible from one of the instruments used by the Social Work Department of this hospital. Also, that the high incidence of this type of hospitalization could be prevented by an improved action of the Family Health Strategy (FHS), together with the other actions of primary health care, from the inclusion of social workers in their teams. which would qualify the intervention against the social determinants of the health-disease process. Finally, that the HGG Social Work, despite the limits related to emergency work, has been intervening on the social determinants of the health-disease process, seeking to develop a work in the perspective of comprehensiveness, articulating its ethical-political project with the purposes of the Unified Health System.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Social Determinants in Health; Social service.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
CAPÍTULO 1: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS E LIMITES.....	10
1.1 Ações e Propósitos da Estratégia Saúde da Família.....	10
1.2 ESF Tócos: As Demandas Socioeconômicas das Famílias e a Necessidade do Trabalho do Serviço Social.....	17
1.3 As Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica no Hospital Geral de Guarus, em Campos dos Goytacazes, RJ.....	23
CAPÍTULO 2: O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL GERAL DE GUARUS.....	35
CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

INTRODUÇÃO

Este trabalho, intitulado “Serviço Social na Estratégia Saúde da família: uma análise de sua importância a partir do Serviço Social do Hospital Geral de Guarus” é fruto da interação de duas experiências vivenciadas concomitantemente por esta autora.

A primeira, como agente comunitário de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Tócos, distrito do município de Campos dos Goytacazes/RJ, onde foi possível perceber a necessidade do trabalho do Serviço Social para qualificar a intervenção sobre os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, presentes nas demandas sociais apresentadas pelas famílias acompanhadas pela equipe.

A segunda, como estagiária de Serviço Social do Hospital Geral de Guarus (HGG), no período de agosto de 2017 a dezembro de 2018, onde foram realizadas, entre outras ações, entrevistas para o preenchimento da Ficha Social, na qual são registradas demandas sociais e situações de saúde, inclusive as doenças que ocasionaram as internações. Entre estas tiveram relevância as doenças sensíveis à atenção básica, que ganham destaque nesse trabalho, permitindo a associação com a experiência na Estratégia Saúde da Família.

Nessa perspectiva, a presente monografia visa analisar a necessidade da inserção do assistente social na equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), com vistas à redução de internações por condições sensíveis a atenção básica, a partir de registros do Serviço Social do Hospital Geral de Guarus (HGG).

Para sua elaboração foi realizado pesquisa documental, que incidiu sobre as Fichas Sociais do Serviço Social no Hospital Geral de Guarus; e, pesquisa bibliográfica sobre os temas: determinantes sociais no processo saúde-doença, políticas relacionadas à atenção básica à saúde, trabalho do serviço social na saúde, em contexto hospitalar. Os principais autores utilizados são: Brasil (2006), Pinto (2016), CFESS (2010), Bravo; Matos (2006) e Netto (2006). Para além destes, foram levantados dados sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) no distrito de Tócos, em Campos dos Goytacazes.

Desse modo, este trabalho é desenvolvido a partir de dois capítulos. O capítulo I, intitulado “Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: Características, objetivos e limites”, foi subdividido em três itens. O item 1.1, intitulado “Ações e propósitos da Estratégia Saúde da Família”, apresentará como é desenvolvido o trabalho das equipes de saúde da família em territórios brasileiros. O item 1.2, intitulado “ESF Tócos: as demandas socioeconômicas das famílias e a necessidade do trabalho do Serviço Social” apresentará o distrito de Tócos, no município de Campos dos Goytacazes/RJ e as demandas presentes no

cotidiano da ESF. O item 1.3, intitulado “As internações por condições sensíveis a atenção básica no Hospital Geral de Guarus, em Campos dos Goytacazes/RJ”, apresentará o resultado de uma pesquisa documental realizada a partir das fichas sociais do Hospital Geral de Guarus.

No capítulo II, intitulado “O Trabalho do Serviço Social no Hospital Geral de Guarus”, abordará o trabalho do Serviço Social do HGG, seus limites característicos ao hospital de emergência e a percepção das fragilidades da Atenção básica.

Por fim, este trabalho pretende promover reflexões sobre a saúde pública brasileira e sobre a necessidade e importância do trabalho do Serviço Social nas equipes de estratégias saúde da família, mas também na área hospitalar, contribuindo com acadêmicos de serviço social, assistentes sociais e profissionais afins, que desejem conhecer um pouco sobre a importância da atenção básica a saúde articulada com rede hospitalar.

CAPÍTULO 1: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS E LIMITES.

1.1 Ações e propósitos da Estratégia Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990 com o objetivo de garantir o direito à saúde, conforme determina a Constituição de 1988. Este sistema é norteado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade; e operacionalizado a partir das diretrizes de descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular.

O SUS foi regulamentado pela Lei nº 8080/90 e, de forma complementar, pela Lei nº 8142/90, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Este sistema incorporou um novo conceito de saúde, o denominado conceito ampliado de saúde, que expressa um comprometimento público não apenas com a cura de doenças, mas também com sua prevenção, promoção e reabilitação. Retrata ainda, a saúde enquanto um fenômeno social e não apenas biológico; sofrendo interferências do contexto no qual o indivíduo se insere e interage. Assim:

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

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

Nessa perspectiva, as ações básicas de prevenção às doenças e de promoção à saúde ganham ênfase e relevância. No Brasil, a atenção básica tem suas ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Estas devem oferecer:

Atendimento gratuito em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Dentre os principais serviços oferecidos estão as consultas médicas e odontológicas e, de acordo com a prescrição médica, são realizadas inalações, injeções, curativos, vacinas, coletas para exames laboratoriais e, ainda, tratamentos e procedimentos odontológicos e encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. (PINTO, 2016, p.104)

Portanto, a implementação do SUS caminhou no sentido de uma alteração no modelo assistencial até então vigente. Ou seja, havia a necessidade de alterar a lógica de atenção à

saúde centrada na prática médica curativa, na qual aspectos socioculturais não participavam do trabalho profissional das equipes de saúde inseridas nos diversos serviços de saúde. Na busca pela redefinição do modelo assistencial; a Atenção Básica a Saúde, o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), a ela vinculados, assumiram papel central.

Com o intuito de contribuir para melhorar as condições de vida das pessoas, facilitar o acesso aos sistemas de saúde e enfatizar as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, foi criado no ano de 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Mas, efetivamente instituído e regulamentado somente em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2001).

As principais ações do programa são desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), que são profissionais admitidos através de processo seletivo público e devem morar na comunidade onde desenvolverão seu trabalho. Cada ACS fica responsável por quatrocentos a setecentos e cinquenta pessoas, dependendo das necessidades locais, grau de riscos e vulnerabilidades sociais, e desenvolverá atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente. As ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, segundo Brasil (2006, p.43-44); são:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002. Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

As atividades desenvolvidas pelos ACSs são orientadas e supervisionadas por um enfermeiro lotado em uma unidade básica de saúde, responsável por no máximo trinta agentes comunitários de saúde, sendo instrutor-supervisor e responsável pela capacitação dos ACS.

A partir do êxito alcançado com as ações desenvolvidas pelo PACS, com vistas a agregar outros profissionais a este trabalho, em 1994, foi criado às primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Este visava fortalecer as ações preventivas e alterar a lógica hospitalocêntrica, com ações superespecializadas e fragmentadas. Segundo Brasil (2012), o PACS é compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família.

A implantação do PSF foi bem sucedida, como aponta o Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONSENSUS (2008):

Resultados positivos do modelo foram apontados pela pesquisa ‘Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica’, divulgada pelo Ministério da Saúde em 2006. O estudo mostra a evolução em oito indicadores de saúde, comparados entre 1998 e 2004, em comunidades cobertas pelo PSF, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a renda e o porte populacional dos municípios. (CONSENSUS, 2008, p.4)

O Jornal ainda aponta que:

“Outros estudos também mostram que países que adotam sistemas de saúde universais, como o Brasil, e que têm a APS¹ como porta de entrada para o sistema, têm resultados mais positivos e mais equânimes.” (CONSENSUS, 2008, p.4)

No entanto, mesmo com todo avanço alcançado com a implantação do programa, o modelo agrega desafios, dentre os quais podemos citar: enfrentar a crise decorrente da fragmentação do sistema; a sua desvalorização política e social; as dificuldades da formação profissional e do processo de trabalho das equipes do PSF e financiamento insuficiente. (CONSENSUS, 2008, p.5).

Novos avanços no processo de descentralização e novas definições relacionadas à atenção básica foram expressos com a criação da Norma Operacional Básica-NOB/SUS01/96. (POLIGNANO, 2001). Esta criou novas condições de gestão e implementação do SUS, redefinindo competências dos Estados e Municípios. Também transfere aos municípios habilitados como Gestão Plena de Atenção Básica, os recursos financeiros com base per capita, criando o Piso Assistencial Básico (PAB), que consiste em recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica, de responsabilidade

¹ APS - Atenção Primária a Saúde. A Portaria Nº 2.488/2011/MS considera os termos Atenção Básica a Saúde e Atenção Primária a Saúde como termos equivalentes.

municipal, gerando maior autonomia gerencial. A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) foi fortalecida pela referida NOB, pois a partir das suas definições, os municípios passaram a receber recursos extras mediante comprovação de ampliações na cobertura do PACS/PSF.

Em 2000, o Programa Saúde da família deixa de ser compreendido como programa; visto que o termo remete a uma ação pontual e com prazo definido e passa a ser considerado uma estratégia para a reorganização do modelo de assistência a saúde. No entanto, somente em 2006, considerando a expansão e a importância do PSF para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, foi emitida a Portaria N° 648/GM de 28 de março de 2006, criando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual o PSF é firmado como estratégia prioritária.

A atenção básica na PNAB é definida como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2006, p.3)

Para isso a atenção básica deverá ser desenvolvida a partir do:

Exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006, p.3)

A Atenção Básica à Saúde, segundo a política supracitada, deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Ou seja, deve ser a porta de entrada dos usuários no SUS, por analisar a situação da saúde com base em características epidemiológicas do território, ser desenvolvida próxima à realidade das pessoas e oferecer atenção à saúde em todas as fases do desenvolvimento humano. Neste sentido, vale ressaltar que:

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006, p.3)

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) compreende as ações de saúde desenvolvidas próximo à realidade das pessoas, no contexto onde elas moram, vivem, trabalham e adoecem. São ações desenvolvidas segundo as características do território. Assim, para Barcellos e Rojas (2004), o território é mais que uma extensão geométrica, é um

perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e uma construção social e cultural em permanente mudança.

Segundo, Pinto (2016) o território é:

O espaço geográfico onde as famílias moram, trabalham, e que possui características próprias, segundo a população, a ocupação, o modo de viver e adoecer, dos serviços existentes, dos recursos tecnológicos, políticos e administrativos e, portanto, se modificam continuamente. E ainda é considerado como a menor unidade espacial do sistema de saúde, que corresponde à área de abrangência das famílias adscritas de cada unidade básica, espaço e campo de atuação das equipes de saúde. (PINTO, 2016, p.41)

Assim, o objetivo da Política Nacional de Atenção Básica consiste em:

Desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p.19)

A rede de serviços da atenção básica é composta por Unidades Básicas de saúde (UBSs), que devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional, possuir infraestrutura, equipamentos e estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento e, ainda, recomenda-se que possuam conselhos/colegiados, viabilizando a participação social em sua gestão. (PINTO, 2016).

Uma UBS pode trabalhar de duas formas. Em um modelo de atenção básica tradicional, que trabalha a livre demanda, ou no modelo da Estratégia Saúde da Família, com peculiaridades e processos de trabalho distintos. (PINTO 2016).

A equipe de profissionais de saúde da ESF deve ser composta por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Porém, de acordo com necessidades específicas apresentadas pelos municípios, ela pode ser tornar ampliada, agregando outros profissionais à equipe mínima. A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local.

O objetivo geral da Estratégia Saúde da Família consiste em:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997, p.10)

E, seus objetivos específicos são:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;

- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 1997, p.10)

A Portaria Nº 2436, do Ministério da Saúde, de 21 de setembro de 2017 aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica e formaliza a possibilidade da inserção do Assistente Social na equipe ampliada da ESF. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) se constitui como:

Uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica (EAB). (BRASIL, 2017, p.14)

Esta portaria recomenda que:

Essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um. (BRASIL, 2017, p.14)

E ressalta que:

Os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias. (BRASIL, 2017, p.14,15)

Em relação aos profissionais que podem fazer parte da equipe, afirma:

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde

com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente. (BRASIL, 2017, p.15)

Essa equipe deve conhecer as condições de vida da população acompanhada, para que assim possa planejar as ações e os cuidados recebidos por esses usuários, a fim de evitar o surgimento, reincidência e/ou agravamento de doenças. Essas ações visam à promoção da saúde e a prevenção de doenças ao identificar e intervir sobre os determinantes e/ou condicionantes sociais que interferem no processo saúde-doença. Assim, implantar uma ESF não significa construir novas unidades de saúde, mas readequar o funcionamento das existentes.

Para melhorar o acesso e resolver a maioria dos problemas relacionados à saúde, por meio de atendimentos acolhedores, com vínculo e responsabilização pelas famílias e com cuidados oferecidos ao longo do tempo em todos os pontos da rede de atenção à saúde, houve a necessidade de reorganizar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e as atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde. (Pinto, 2016).

Nesta reorganização, os profissionais devem conciliar o acolhimento das demandas espontâneas (necessidades em saúde dos usuários com quadros agudos, que necessitam de atendimento rápido, no mesmo dia ou em poucos dias) às consultas agendadas e atividades programadas. Para tal, as equipes de Saúde da Família se organizam segundo as áreas e famílias adscritas e devem coordenar e organizar as agendas das equipes para possibilitar a realização de atendimentos programados e não programados na UBS, o atendimento, por meio de visitas domiciliares, a usuários que se encontram impossibilitados de se deslocarem até a unidade, a busca ativa de casos, ações e intervenções no território, em escolas, praças, clubes, entre outros espaços. (Pinto, 2016).

Neste contexto, norteada pelas diretrizes do SUS e da Política de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família apresenta-se como uma possibilidade de reorganização, expansão e consolidação da atenção básica a saúde no Brasil.

Entre os impactos positivos esperados com a Atenção básica a saúde, com grande participação da ESF, vale destacar a redução de internações motivadas por condições sensíveis à atenção básica, o que é reforçado pela Portaria nº 221, do Ministério da Saúde, de 17 de abril de 2008. Esta aponta que a maior parte das internações ocorre por condições sensíveis à atenção básica a saúde. Assim se determinadas doenças forem diagnosticadas e tratadas na atenção básica não evoluirão para internações. Portanto, quanto menor for o número de internações relacionadas a essas condições, mais eficaz está sendo o trabalho da atenção básica.

Dentre as doenças relacionadas à atenção básica, segundo Brasil (2008), pode-se citar: Anemia, Angina, Asma, Deficiências nutricionais, Diabetes mellitus, Doenças cerebrovasculares, Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos, Doenças preveníveis por imunização e outras doenças infecto-parasitárias (DIP), Doenças pulmonares, Doenças relacionadas ao pré-natal e parto. Epilepsias, Gastroenterites infecciosas e complicações, Hipertensão, Infecções da pele e tecido subcutâneo, Infecções de ouvido, nariz e garganta, Infecções no rim e trato urinário, Insuficiência cardíaca, Pneumonias bacterianas, Úlcera gastrointestinal.

A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de corresponsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam o Programa Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial. (BRASIL, 1997)

Diante do exposto, fica claro a importância da Estratégia Saúde da Família para a reorganização do modelo de assistência a saúde existente no Brasil. Porém, implantar a ESF nos municípios brasileiro tem sido um grande desafio, visto que demandam investimentos, vontade política e mudar o modo de pensar tanto dos profissionais como da população, que em sua maioria, está baseado na lógica de valorização dos grandes hospitais e focado nas doenças.

1.2 ESF Tócos, As Demandas Socioeconômicas das Famílias e a Necessidade do Trabalho do Serviço Social.

Tócos é o décimo sétimo distrito do município de Campos dos Goytacazes, no estado do Rio de Janeiro. Foi criado pela lei estadual nº 79 de 23 de abril de 1958, a partir de terras desmembradas do distrito de Goytacazes, que compreendem a região da baixada campista. Sua população é composta por 8.164 habitantes, sendo 4.101 mulheres e 4.063 homens. Em termos de faixa etária, são: 1.368 crianças de 0 a 11 anos; 982 adolescentes de 12 a 18 anos; 771 jovens de 19 a 24 anos; 672 adultos jovens de 25 a 29 anos; 3.198 adultos de 30 a 59 anos e 1.173 idosos de 60 anos ou mais. (IBGE, 2010).

O distrito de Tócos está dividido nas seguintes localidades: Vala do Mato, Marcelo, Ilha dos Carões, Canto do Rio de Tócos, Jardim Paraíso, Caxias de Tócos, Coqueiro de Tócos, Ponta Grossa dos Fidalgos, Carioca, Banganzal, Passarinho e Carvão.

Sua economia gira em torno da cana de açúcar. Grande parte dos moradores trabalha ou trabalhou na Usina Paraíso, localizada na área central de Tócos. Atualmente esta usina enfrenta uma crise financeira, o que justifica o grande número de desempregados no distrito.

A renda familiar nesse distrito, em sua maioria, é de mais de 01 a 05 salários mínimos², que representa 50,12%. Porém, muitas famílias (27,06%), vivem com renda mensal de até um salário mínimo e 4,01% das famílias vivem apenas com benefícios assistenciais. (IBGE, 2010).

Em termos de saneamento básico, conta com coleta de lixo três vezes por semana. Mas, alguns moradores têm o costume de queimar, enterrar ou descartar em locais impróprios. Também possui abastecimento de água tratada, embora alguns domicílios ainda utilizem água de poço.

Os domicílios do distrito não contam com rede de esgoto, sendo os escoamentos dos banheiros feitos por meio de fossas rudimentares, com ou sem alvenaria, e havendo também domicílios com escoamentos feitos através de valas.

O distrito possui iluminação pública e os domicílios rede de energia elétrica.

Tócos conta com cinco escolas municipais (duas em Tócos, uma em Canto do Rio de Tócos, uma em Coqueiro de Tócos e uma em Ponta Grossa dos Fidalgos) e um colégio estadual em Tócos que oferece o ensino médio. O índice de analfabetismo é pequeno, sendo de 9,9% da população. (IBGE, 2010).

O lazer é vivenciado nas praças com quadras de esportes. Uma na região central de Tócos, uma em Caxias de Tócos, uma em Coqueiro de Tócos e, recentemente, na ‘eco praça’ localizada em Jardim Paraíso, que conta com playground e quadra de areia.

No que diz respeito à rede de serviços de saúde, o distrito possui uma unidade básica de saúde que funciona 24 horas. Trata-se de uma unidade mista, pois além de oferecer atendimento de emergência 24 horas, presta atendimento ambulatorial e abriga a Estratégia Saúde da Família (ESF) de Tócos e de Caxias de Tócos. A estrutura física desta unidade mista é composta por: 03 consultórios médicos, 01 consultório de fisioterapia, 01 consultório de odontologia, 01 sala de emergência, 01 sala da administração e gerência, 01 sala de atividades coletivas, 01 sala de coleta de exames e nebulização, 01 sala de procedimentos e curativos, 01

² O salário mínimo utilizado no Censo do IBGE de 2010 era de R\$ 510,00.

sala de medicação e dispensação de medicamentos, 01 sala de vacinação e 01 repouso masculino e 01 feminino para observação. Conta ainda com recepção, arquivo, áreas de apoio (banheiros, copa/cozinha), almoxarifado e dois repouso para as equipes de funcionários plantonistas.

A unidade mista conta com apenas uma ambulância que atende tanto os atendimentos da emergência, como os da ESF Tócos e Caxias de Tócos, não dando conta das demandas apresentadas. Em termos de recursos humanos, esta unidade mista conta com 75 funcionários, em novembro de 2019, sendo: médicos de emergência, médico de ambulatório, pediatra, ginecologista, fisioterapeutas, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, encarregado, agentes comunitários de saúde e agentes de apoio operacional. Além da unidade mista acima mencionada, há UBSs tradicionais em Ponta Grossa dos Fidalgos e Carvão que funcionam 10 horas/dia. Em caso de agravamento, os moradores deste distrito são encaminhados para o Hospital São José, no distrito de Goytacazes; para o Hospital Geral de Guarus, no distrito de Guarus ou para o Hospital Ferreira Machado, na região Central do Município de Campos dos Goytacazes.

Os trabalhos da Estratégia Saúde da Família de Tócos começaram inicialmente no ano de 2011 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Tócos (PACS Tócos), que contava com a supervisão e o apoio de um enfermeiro. No ano de 2012, se iniciam os trabalhos do PACS Caxias de Tócos que contavam com a supervisão e apoio do mesmo enfermeiro, uma vez que as duas equipes do PACS estão vinculadas a mesma unidade básica e o enfermeiro do PACS pode supervisionar até doze equipes do PACS. Posteriormente, no ano de 2017, após alguns anos da saída do enfermeiro, o PACSs Tocos e Caxias de Tócos passam a contar com a supervisão e apoio de um médico da família. Logo em seguida, com a chegada de uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, se formou uma ESF com equipe mínima completa. Porém, em 2019, a equipe foi desfeita, restando apenas os agentes comunitários de saúde, que continuam visitando as famílias cadastradas e levando as demandas para os profissionais da unidade básica de Tócos.

A ESF como abordado no 1.1 deste trabalho, tem como propósito contribuir para a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e da comunidade como um todo, o que é condizente com o conceito ampliado de saúde adotado pelo Sistema Único de Saúde. Gonçalves e Vilarta (2004) relacionam a qualidade de vida com o modo como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhe dizem respeito. Assim, promover a qualidade de vida a partir do trabalho da ESF/PACS requer reflexão; pois a

equipe se depara com diversas situações que interferem no processo saúde/doença, mas que para serem resolvidas ou amenizadas ultrapassam as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. Ou seja, se faz necessário encaminhar o indivíduo e/ou a família para a rede de atendimento de outras políticas como educação, assistência social, previdência social, entre outras, a fim de garantir o acesso aos direitos sociais. Nesse sentido, França e Cavalcanti (2012) apontam que:

Para contemplar as demandas do ser humano com eficiência as políticas sociais precisam percebê-lo em sua integralidade, considerando que ele é um organismo e que os problemas apresentados podem advir de causas que não compete a uma determinada política resolver. Portanto pensar políticas sociais isoladamente significa limitar o seu potencial interventivo para a resolução de demandas sociais. (FRANÇA; CAVALCANTI, 2012, p.4)

Muitos dos indivíduos e famílias atendidas pela estratégia saúde da família desconhecem os direitos sociais aos quais tem direito e os profissionais de saúde que compõem a equipe mínima da ESF não possuem o conhecimento necessário para orientá-los, encaminha-los e acompanha-los, promovendo também uma articulação entre os serviços, no sentido de uma intervenção concomitante e de qualidade. Nesse sentido, Kauchakje (2008) afirma que:

A garantia de direitos previstos na Constituição e na lei tem que ser transposta para as relações da vida cotidiana (no interior das famílias, do mundo do trabalho e da economia, das instituições jurídicas, de serviços e políticas). Sem essa divulgação (...) os direitos são desacreditados e não têm repercussões no dia-a-dia da maioria das pessoas. (KAUCHAKJE, 2008, p.34)

Desse modo, ainda segundo Kauchakje (2008), não é exagero afirmar que:

A maior tragédia brasileira não é a ausência de direitos, mas, sim, a situação em que grande parte da população não tem nem mesmo a noção dos direitos que possuem, para que possa reclamá-los e exigir seu reconhecimento. (KAUCHAKJE, 2008, p.35)

Entre as demandas sanitárias e sociais apresentadas pelas famílias acompanhadas pela equipe da ESF Tócos e Caxias de Tócos, podem ser destacadas: moradias precárias, limites de ordem ambiental e de saneamento básico; uso de drogas lícitas e ilícitas, desemprego, vulnerabilidades de idosos, crianças e deficientes.

Em outros termos, essa equipe encontra moradias em condições precárias de saneamento básico, com estruturas danificadas e com risco de desabamento, onde residem apenas um ou dois idosos sozinhos ou famílias com deficientes e/ou crianças. São encontradas também, situações de destinação incorreta de materiais recicláveis e lixo que são, respectivamente, armazenados e descartados de maneira imprópria nos quintais ou em terrenos próximos das casas e contribuem para a proliferação de focos do mosquito Aedes

Aegypti, outros insetos e roedores, mau cheiro; e, para o surgimento de doenças ou acidentes que comprometem a qualidade de vida dos moradores. Essas situações também geram conflitos entre os vizinhos e contribuem para situações de estigmatização, visto que as famílias que acumulam esses materiais sofrem com diversos preconceitos.

Outras situações que causam estigmatização e isolamento social no distrito de Tócos são: uso de drogas lícitas e ilícitas, desemprego, entre outras. O desemprego contribui também para o adoecimento dos sujeitos, pois diante a essa situação enfrentam grande sofrimento psíquico.

Entre as situações de vulnerabilidade social observadas pela equipe da ESF, ainda vale destacar: a) a existência de pessoas que precisam de cuidadores mas não possuem alguém que exerça essa função; b) pessoas com deficiência que tem dificuldade ou falta de acesso às ações e serviços de saúde, sejam de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação; c) pessoas sem vínculo empregatício ou previdenciário, egressas de internações hospitalares, que ficam sem condições de se sustentarem ou sustentarem suas famílias, pois tinham renda proveniente do trabalho informal antes da internação. Algumas dessas pessoas ficam com incapacidade laborativa temporária e outras permanentes, o que compromete ou impossibilita a renda.

Em relação ao número significativo de casos de abandono material e afetivo de idosos, crianças e adolescentes, e que refletem diretamente no processo saúde-doença dos que são expostos a essa situação, a Constituição Federal de 1988 prevê a proteção aos indivíduos nestas faixas etárias:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (EC no 65/2010).

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

Para além da Constituição acima referida, os idosos, as crianças e os adolescentes estão amparados por estatutos próprios, que regulamentam partes desta constituição. Desse modo, no que se refere ao Estatuto do Idoso, criado no ano de 2003, podemos destacar:

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde,

à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003, p.15)

O Estatuto da Criança e do Adolescente, criado no ano de 1990, por sua vez, assegura aos indivíduos nesta faixa etária:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

Faz-se necessário trabalhar junto as famílias e implementar políticas que reflitam nas relações familiares e promovam a efetivação dos direitos dos idosos, crianças e adolescentes garantidos na Constituição de 1988, o que se apresenta com limites na ESF de Tócos, devido esta ser composta pela equipe mínima, na qual o Assistente Social não se encontra inserido.

Outra questão recorrente para a ESF Tócos e Caxias de Tócos é a não realização de acompanhamento ambulatorial ou o não acompanhamento previsto, bem como a não alteração no estilo de vida (hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas e cigarros, sedentarismo, entre outras) a fim de evitar o agravamento de doenças crônicas pré-existentes.

Ao ser pensado a determinação social do processo saúde/doença, Ceballos (2015) apresenta os níveis de determinação social a partir do modelo de Dahlgreen e Whitehead, no qual se partindo do indivíduo em direção ao contexto social, seriam determinantes sociais da saúde: a) idade, sexo e fatores hereditários; b) estilo de vida dos indivíduos; c) redes sociais e comunitárias; d) Educação; ambiente de trabalho; água e esgoto; habitação; produção agrícola e de alimentos; acesso aos serviços de saúde; e) condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais de uma dada sociedade. Portanto, o processo saúde-doença sofre interferências das condições em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; e são as condições com as quais às equipes de ESF trabalham.

Em outros termos, alcançar os propósitos da ESF, que passa pela promoção da saúde, prevenção de doenças e seus agravos, e pelo referenciamento a outros serviços de saúde; possibilita o reconhecimento e a intervenção diante as expressões da questão social; entre as quais estão inseridos os limites no acesso aos serviços de saúde, a pobreza e a vulnerabilidade social.

As expressões da questão social devem ser compreendidas, como conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações políticas e culturais que impactam as classes sociais. (IAMAMOTO, 1982).

Nessa perspectiva, Kaushakje (2008) aponta que algumas das expressões da desigualdade social são: fome, áreas de ocupação irregulares, sub-habitação, degradação ambiental, saúde fragilizada, mortalidade infantil, trabalho precarizado, desemprego, má qualidade da educação ou falta de acesso a ela, subtração da autonomia de indivíduos e grupos sociais. Aspectos presentes no cotidiano das famílias acompanhadas pela ESF Tócos e Caxias de Tócos e que sinalizam para a necessidade do trabalho do assistente social.

1.3 - As Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica no Hospital Geral de Guarus, em Campos dos Goytacazes, RJ.

A redução das internações por condições sensíveis à atenção básicas é um dos objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF) como abordado anteriormente. Assim, visando analisar a presença de internações por essas condições, foi realizado um levantamento nas fichas sociais de indivíduos internados nas enfermarias da emergência de adultos e nas enfermarias da clínica pediátrica do Hospital Geral de Guarus, no período de 01/01/2019 a 30/07/2019. Esta unidade de saúde foi o lócus desse levantamento por ser o local do estágio em Serviço Social realizado pela autora deste trabalho e sendo também uma das unidades de referência para a ESF de Tócos, quando for necessária internação.

O Hospital Geral de Guarus (HGG) foi fundado em 28 de março de 2002, fruto de um projeto que visava à garantia e ampliação do acesso gratuito e universal a serviços de saúde de qualidade e humanizado. O HGG está localizado na Avenida José Carlos Pereira Pinto, nº 400, no Parque Calabouço. Seu horário de funcionamento é 24 horas, sendo que os serviços de ambulatório funcionam de 08:00 às 20:00 horas e administrativo de 7:00 às 19:00 horas.

A emergência do HGG atende a todas as pessoas de Campos dos Goytacazes e municípios vizinhos que estão em busca de atendimento para casos de emergências clínicas, sendo estas decorrentes, na maioria das vezes, de doenças pré-existentes.

As fichas sociais são preenchidas pelo Serviço Social do HGG, a partir de entrevista a usuários e/ou acompanhante, somente quando estes permanecem internados por mais de 48 horas. Logo, pacientes que ficaram internados em período de tempo menor que este, não estarão inserido nesse levantamento.

O número de fichas sociais elaboradas pelo Serviço Social é bastante alto, maior que mil fichas no período definido para realização do levantamento. Também, não há registro do número de internações ocorridas no hospital; nos setores envolvidos no levantamento. Assim,

o levantamento foi realizado sobre uma amostra das fichas existentes, composta por 200 fichas sociais das enfermarias da emergência de adultos e 100 fichas sociais das enfermarias da clínica pediátrica, preenchidas no período de janeiro a julho de 2019. Para compor a amostra, foram selecionadas algumas fichas de cada letra do alfabeto – pois, são armazenadas nestes moldes – de modo aleatório.

Os resultados referentes à clínica pediátrica são a seguir apresentados. Assim, as faixas etárias são apresentadas no quadro 1:

Quadro 1- Faixa etária da amostra de crianças internadas no HGG, no período de janeiro a julho de 2019.

FAIXA ETÁRIA	TOTAL
< que 1 ano	43
1 a 2 anos	22
3 a 4 anos	16
5 a 7 anos	9
8 a 10 anos	7
11 a 13 anos ³	3
TOTAL GERAL	100

Fonte: Elaboração da autora

Preponderam crianças com a faixa etária menor que 1 ano, o que representa 43% do total da amostra; seguido pelas faixas etárias de: 1 a 2 anos (22%). Em outra perspectiva, a maioria das crianças internadas se encontrava na faixa etária de até 2 anos de idade, representando 65 % do total. Portanto, preponderaram crianças até 2 anos de idade; o que pode ser relacionado à fragilidade biológica comum nas crianças nessa faixa etária; e que pode estar associada ou não a vulnerabilidade social, valendo destacar que quanto menor a idade da criança, maior é a sua sensibilidade ao contexto no qual se insere.

Crianças na faixa etária de 3 a 4 anos 16%; de 5 a 7 anos (9%); de 8 a 10 anos (7%); e, de 11 a 13 anos (3%).

Em relação às causas das internações, vejamos o quadro 2:

Quadro 2- Motivos das internações da amostra de crianças internadas no HGG, no período de janeiro a julho de 2019.

DOENÇAS	TOTAL
Pneumonia	38
Bronquiolite	23
Escabiose	5
Infecção de urinária	4

³ Neste trabalho é considerado “criança” pessoas até 13 anos, pois mesmo havendo a definição pelo ECA de que crianças são indivíduos até 12 anos; no HGG são internados na pediatria também pessoas de 13 anos.

Infecção do trato urinário	3
Celulite	2
Dengue	2
Febre	2
Infecção Cutânea	2
Dermatite	2
Diarreia	2
Apendicite	2
Vômito	2
Hepatite	1
Mastoidite	1
Escarlatina	1
Síndrome Nefrótica	1
Hipertensão	1
Hérnia umbilical	1
Otite	1
Piodermite	1
Infecção do ouvido	1
Inflamação nos dentes e amígdalas	1
Impetigo	1
Convulsão	1
Obesidade	1
Abcesso cutâneo	1
Sinusite	1
Suspeita de H1N1	1
Adenite Cervical	1
Lesão no ânus que sugere HPV	1
Sem motivo de internação na ficha	1
TOTAL GERAL	108

Fonte: Elaboração da autora

Como pode ser observado, preponderaram as internações causadas por pneumonia (35,2%), seguida de bronquiolite (21,3%), que juntas atingiram a 56,5% das crianças da amostra. As demais crianças foram atingidas por doenças diversificadas (43,52%). Destas, duas crianças apresentaram doenças que podem ser vinculadas as doenças do sistema respiratório – sinusite e suspeita de H1N1-; ampliando a incidência desse tipo de enfermidades para 58,3%. As doenças de pele também foram significativas, compondo 13,9% do total; as doenças do sistema urinário compuseram 7,4% e as doenças relacionadas ao sistema digestivo compuseram 4,63% do total da amostra. Os 15,8% restantes correspondem os casos de: dengue, febre, mastoidite, síndrome nefrótica, hipertensão, hérnia umbilical, otite, infecção de ouvido, inflamação nos dentes e amígdalas, convulsão, obesidade, adenite cervical, lesão no ânus que sugere HPV e um caso no qual não foi mencionado o motivo da internação.

O local de residência das crianças são apresentados no quadro3:

Quadro 3- Número de internações por bairro de residência das crianças internadas no HGG, no período de janeiro a julho de 2019.

BAIRRO	TOTAL
Tócos	13
Eldorado	9
Santa Rosa	7
Travessão	5
Turf Club	4
Parque Rio Branco	3
Parque Aldeia	3
Caxias de Tócos	3
Ponta da Lama	3
Cidade Luz	3
Jardim Carioca	3
Matadouro	2
Ururáí	2
Tapera II	2
Parque Santa Helena	2
Jockey Club	2
Goytacazes	2
Parque Santa Clara	2
Parque Prazeres	2
Parque Boa Vista	2
Novo Jockey	1
São Francisco do Itabapoana	1
Espírito santinho	1
Penha	1
Nova Canãa	1
Parque Guarus	1
Pecuária	1
Itereré	1
Poço Gordo	1
Coqueiro de Tócos	1
Pernambuca	1
Lagoa das Pedras	1
Bom Jesus do Itabapoana	1
Parque Rodoviário	1
Parque Vera Cruz	1
IPS	1
São João da Barra	1
Jardim Ceasa	1
Sossego do Imbé	1
Guriri	1
Três Vendas	1
Aeroporto	1
Parque São Benedito	1
Saturnino Braga	1
Parque Residencial Santo Antônio	1
São Fidélis	1
TOTAL GERAL	100

Fonte: Elaboração da autora

Assim, 42% das crianças participantes da amostra residem nos bairros do distrito de Guarus, ou seja, bairros próximos ao HGG. As demais crianças residem na região da baixada campista (21%); em bairros próximos ou relativamente próximos ao centro do município de

Campos dos Goytacazes (15%), em Ururaí e bairros próximos (9%); em outros bairros ou distritos localizados em regiões afastadas do Centro (9%). As crianças que residem em outros municípios representam 4% do total da amostra.

Portanto, preponderaram internações de crianças residentes em Guarus ou no Centro (57%), seguidas pelas residentes na baixada campista (21%), no qual o distrito de Tócos é pertencente.

Os dados referentes à clínica pediátrica; específicos do distrito de Tócos e subdivisões (Caxias de Tócos, coqueiro de Tócos e Carioca de Tócos), são destacados, abaixo. Assim, no que diz respeito à faixa etária das crianças, vejamos o quadro 4:

Quadro 4 - Faixa etária da amostra de crianças do distrito de Tócos internadas no HGG, no período de janeiro a julho de 2019.

FAIXA ETÁRIA	TÓCOS	CAXIAS DE TÓCOS	COQUEIRO DE TÓCOS	CARIOCA DE TÓCOS	TOTAL
< que 1 ano	3	1	0	0	4
1 a 2 anos	5	1	1	0	7
3 a 4 anos	2	1	0	0	3
5 a 7 anos	3	0	0	0	3
8 a 10 anos	0	0	0	0	0
11 a 13 anos	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL	13	3	1	0	17

Fonte: Elaboração da autora

A faixa etária das crianças residentes na região de Tócos seguiu a mesma lógica da faixa etária do total das crianças da amostra. Ou seja, preponderaram internações da faixa etária de 0 a 2 anos (64,7%); seguidas da faixa etária de 3 a 7 anos que representaram 35,3%. Entretanto, diferente dos dados gerais, não houve internações de crianças da região de Tócos na faixa etária de 8 a 13 anos. Isso reforça a vulnerabilidade biológica das faixas etárias iniciais e a possível interferência da vulnerabilidade social.

Os motivos para as internações de crianças de Tócos são apresentadas no quadro 5:

Quadro 5- Motivos das internações da amostra de crianças do distrito de Tócos internadas no HGG, no período de janeiro a julho de 2019.

DOENÇA	TÓCOS	CAXIAS DE TÓCOS	COQUEIROS DE TÓCOS	TOTAL
Bronquiolite	5	1	1	7
Pneumonia	4	2	0	6
Infecção cutânea	2	0	0	2
Dengue	1	0	0	1
Diarreia	1	0	0	1
Vômito	1	0	0	1
TOTAL GERAL	14	3	1	18

Fonte: Elaboração da autora

Os motivos das internações de crianças residentes na região de Tócos, seguiu a mesma tendência dos dados gerais; pois, 38,9% das crianças da referida região foram atingidas por bronquiolite, seguidas pela pneumonia (33,34%); alcançando em conjunto 72,24% destas crianças. As demais crianças foram atingidas por doenças diversificadas (27,76%). Destas, as doenças de pele também foram significativas, compondo 11,11% do total de crianças, seguida das doenças do sistema digestivo que compuseram 11,10% do total da amostra.

Em relação às Fichas Sociais de indivíduos adultos internados no HGG, pode-se visualizar suas faixas etária no quadro 6:

Quadro 6- Faixa etária da amostra de adultos internadas no HGG, no período de janeiro a julho de 2019.

FAIXA ETÁRIA	HOMEM	MULHER	TOTAL
14 a 17 anos	5	2	7
18 a 29 anos	8	4	12
30 a 39 anos	8	15	23
40 a 49 anos	15	12	27
50 a 59 anos	19	31	50
60 a 69 anos	20	13	33
70 a 79 anos	11	14	25
80 anos ou mais	8	15	23
TOTAL GERAL	94	106	200

Fonte: Elaboração da autora

Assim, entre os adultos preponderou a faixa etária “60 anos ou mais”, representando 40,5% do total da amostra; seguido pela faixa etária “40 a 59 anos” (38,5%). Os jovens e os adultos jovens na faixa etária “18 a 39 anos” representaram 17,5%, e a faixa “14 a 17anos” a 3,5% da amostra. Portanto, as internações ocorreram especialmente para indivíduos com 40 anos ou mais (79%).

As causas das internações de adultos são apresentadas no quadro 7:

Quadro 7- Motivos das internações da amostra de adultos internados no HGG, no período de janeiro a julho de 2019.

DOENÇA	NÚMERO DE INTERNAÇÕES
Hipertensão	107
Diabetes	53
Renal	22
Apendicite	13
Cardíaca	8
Vascular	7
Pedra na vesícula	7
Pneumonia	6
Infecção Cutânea	4
Infecção urinária	3
Dores Abdominais	3
Bronquite	2
Sinusite	2
Hérnia	2
Abdome agudo	2
Leucemia	1
Cisto na bexiga	1
Hiperplasia prostática	1
Surto de abstinência	1
Obesidade mórbida	1
Desidratação	1
Cirrose	1
Intoxicação por medicamentos	1
Câncer de pulmão	1
Tumor no intestino	1
Úlcera gástrica	1
HIV	1
Febre	1
Dor nos testículos	1
Úlcera no intestino	1
Rompimento de cisto	1
Tuberculose	1
Abcesso anal	1
TOTAL GERAL	259

Fonte: Elaboração da autora

A hipertensão arterial sistêmica foi o principal motivo da internação (41,3%), seguida da diabetes mellitus com 20,5%. Os demais adultos foram atingidos por doenças diversificadas (38,2%). Dentre elas, chama à atenção as doenças do sistema digestivo, que apareceu de forma significativa (11,2%) bem como do sistema urinário (9,7%).

Os locais de residência dos adultos são apresentados no quadro 8:

Quadro 8- Número de internações por bairro de residência dos adultos internados no HGG, no período de janeiro a julho de 2019.

BAIRRO	TOTAL
Tócos	35
Eldorado	11
Travessão	11
Parque Santa Rosa	11
Jockey	8
Penha	7
Parque Aurora	5
Parque Guarus	5
Parque Nova Brasília	4
Parque Cidade Luz	4
Turf Club	4
Goytacazes	4
Caxias de Tócos	4
Lagoa de Cima	3
Parque Rio Branco	3
Parque Presidente Vargas	3
Donana	3
Parque Prazeres	3
Ponta da Lama	3
Parque Santa Clara	3
Parque Julião Nogueira	2
Tapera	2
Conceição do Imbé	2
Parque Calabouço	2
Parque Novo Mundo	2
Santa Maria	2
Babosa	2
Ibitioca	2
Parque Nova Canãa	2
Jardim Carioca	2
Jardim Aeroporto	2
Parque Nova Campos	2
Saturnino Braga	2
Coqueiro de Tócos	2
Parque São Silvestre	2
Parque Lebret	2
Morro do Coco	2
São João da Barra	2
São Fidélis	2
Fundão	1
Parque Aldeia	1
Lagamar	1
Quixaba	1
Parque Leopoldina	1
Baixa grande	1
Ponta Grossa dos Fidalgos	1
Carioca de Tócos	1
São Sebastião	1
Parque São José	1
Pelinca	1
Farol de São Thomé	1
Parque Califórnia	1
Estancia da Penha	1

Jardim Boa Vista	1
Conselheiro Josino	1
Caju	1
KM8	1
Parque Esplanada	1
Novo Jockey	1
Parque Vicente Dias	1
Lapa	1
Cambaíba	1
Custodópolis	1
Parque Rosário	1
Mussurepe	1
Rio Preto	1
IPS	1
TOTAL GERAL	200

Fonte: Elaboração da autora

Preponderaram adultos residentes em bairros do distrito de Guarus (34%), seguidos pelos residentes na região da baixada campista (28%) e de bairros próximos ou relativamente próximos ao Centro do município (24%). Os adultos residentes em bairros ou distritos afastados do Centro do município representaram 12% do total da amostra; e os residentes em outros municípios, 2% da amostra.

Os dados referentes à emergência e clínica médica para adultos, mas destacados os residentes em Tócos e subdivisões (Caxias de Tócos, coqueiro de Tócos, Carioca de Tócos e Ponta Grossa dos Fidalgos), serão a seguir apresentados.

Em relação à faixa etária, vejamos o quadro 9:

Quadro 9 - Faixa etária da amostra de adultos de Tócos internados no HGG, no período de janeiro a julho de 2019.

FAIXA ETÁRIA	HOMEM	MULHER	TOTAL
14 a 17 anos	0	0	0
18 a 29 anos	2	1	3
30 a 39 anos	4	2	6
40 a 49 anos	4	2	6
50 a 59 anos	4	5	9
60 a 69 anos	3	4	7
70 a 79 anos	4	4	8
80 anos ou mais	2	2	4
TOTAL GERAL	23	20	43

Fonte: Elaboração da autora

Os dados específicos da região de Tócos seguem a perspectiva dos dados gerais do levantamento. Assim, preponderam as internações de indivíduos na faixa etária de 60 anos ou mais, que são os idosos (44,2%); seguidas dos adultos de 40 a 59 anos (34,9%) e jovens e

adultos jovens de 18 a 39 anos (20,9%), ou seja, a maioria das internações ocorreu para indivíduos de 40 anos ou mais (79,1%).

As doenças que motivaram a internação são mencionadas no quadro 10:

Quadro 10- Causas das internações de adultos residentes na região de Tócos, internados no HGG, no período de janeiro a julho de 2019.

DOENÇA	TOCOS	CAXIAS DE TÓCOS	COQUEIRO DE TÓCOS	CARIOCA DE TÓCOS	PONTA GROSSA DOS FIDALGOS	TOTAL
Hipertensão	19	2	1	1	0	23
Diabetes	12	3	1	0	1	17
Apendicite	5	0	0	0	0	5
Vascular	4	0	1	0	0	5
Cardíaca	3	1	0	0	0	4
Renal	3	1	0	0	0	4
Infecção Cutânea	2	0	1	0	0	3
Pneumonia	2	0	0	0	0	2
Infecção urinária	1	0	0	0	0	1
Pedra na vesícula	1	0	0	0	0	1
Úlcera no intestino	1	0	0	0	0	1
Tuberculose	1	0	0	0	0	1
Dor abdominal	1	1	0	0	0	2
TOTAL GERAL	55	8	4	1	1	69

Fonte: Elaboração da aluna

As doenças que causaram a internação de indivíduos residentes na região de Tócos reproduziram a tendência apresentada pelos adultos que compuseram a amostra. Ou seja, preponderou à hipertensão arterial sistêmica (33,3%); seguida pela diabetes mellitus (24,6%). Os demais adultos foram atingidos por doenças diversificadas (42,02%). Destas, se destacam as doenças do sistema digestivo (13,04%).

Esse resultado condiz com registros do Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes 2014-2017; quando afirma:

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são problemas de saúde de grande relevância para todo o município. As estatísticas, apesar dos sub-registros, revelam essa importância. Além disso, essas doenças se constituem como os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório que, há algumas décadas, representam uma das maiores causas de morte em Campos, Rio de Janeiro e Brasil. (Campos, 2014-2017, p.40).

Diante da análise dos dados e com base na Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008, foi constatado que as principais causas das internações na emergência do Hospital de Guarus, tanto das crianças como dos adultos, são por condições sensíveis a atenção básica. Isso

significa que se essas doenças tivessem sido diagnosticadas e tratadas na atenção básica não evoluiriam para as internações.

Analisando as fichas sociais e as entrevistas feitas com os usuários do Hospital Geral de Guarus percebe-se que grande parte das internações decorre da falta de prevenção, acompanhamento ambulatorial e da adoção de hábitos saudáveis.

Percebe-se também que os usuários deixam de procurar a unidade de pronto atendimento (UPA) 24 horas ou as unidades pré-hospitalares (UPHs), que funcionam como unidades intermediárias entre as unidades básicas de saúde e os hospitais, o que sobrecarrega o hospital. As unidades intermediárias contribuem para desafogar os hospitais de emergência, pois tem o suporte necessário para atender casos de urgência e emergência de menor complexidade. Entretanto, a falta de informação da população usuária não é a única questão que leva a sobrecarga da instituição.

Sabe-se que a atenção básica á saúde presta serviços de baixa qualidade e em condições precárias devido ao projeto de desmonte da saúde pública orquestrado pelo avanço do projeto neoliberal, que propõe a deterioração das políticas públicas, a partir da redução de gastos e cortes de benefícios, privatização de serviços, seletividade e focalização destas políticas.

Prevenir significa intervir para diminuir a incidência de determinadas doenças e contribuir para que as doenças pré-existentes se mantenham sob controle. Em outras palavras, são ações e medidas voltadas para impedir o surgimento ou agravamentos das doenças; sendo, no caso da atenção básica, desenvolvidas próximas às residências das pessoas, seja em unidades básicas de saúde tradicionais ou em unidades básicas de saúde da família.

Nessa perspectiva, Soranz (2017), analisou a expansão da cobertura por equipes de ESF no Rio de Janeiro entre 2009 e 2016, e aponta que é de se esperar que uma atenção básica com alta cobertura, boa estrutura física, insumos, profissionais preparados e processos de trabalho bem organizado tenham melhores resultados e capacidade de atender e resolver problemas de saúde dos pacientes e assim evitar internações desnecessárias. Ou seja, o acompanhamento correto na Atenção Básica preveniria a evolução de certas doenças para estágios em que a internação se faz necessária.

Com base nos dados apresentados pelo município de Campos dos Goytacazes no Plano Municipal de Saúde 2018-2021, tanto os bairros de residência das crianças como os bairros de residência dos adultos, possuem unidades básicas de saúde (UBSs) e/ou unidades pré-hospitalar (UPH) e/ou unidades básicas de saúde da família (UBSFs), o que sinaliza para

a necessidade de ações melhor articuladas à rede de serviços públicos existentes no território, com vistas a um resultado positivo cada vez mais amplo.

Segundo o Plano Municipal de saúde acima mencionado, o distrito de Guarus conta com pelo menos treze unidades básicas de saúde (UBSs), uma unidade básica de saúde da família (UBSF), uma unidade pré-hospitalar (UPH), além do ambulatório do HGG. Estes, em conjunto, deveriam oferecer ações e atendimentos ambulatoriais com intuito de evitar ou reduzir os agravos de doenças que resultem em internações.

A região da baixada campista, na qual pertence à região de Tócos, conta com seis UBSs, seis UBSFs, duas UBSs 24 horas e duas Unidades pré-Hospitalares. Bairros próximos ou relativamente próximos à região central do município, contam com sete UBSs, três UBSFs e uma UPH. Ururá e bairros próximos contam com duas UBSs, quatro UBSFs e uma UPH. Bairros ou distritos localizados em regiões afastadas do Centro do município de Campos dos Goytacazes contam com duas UBSs, duas UBSs 24 horas, duas UPHs e 10 UBSFs.

Mas, para além da oferta de serviços, adotando-se a perspectiva de Mendonça (2016), a vulnerabilidade socioeconômica está fortemente relacionada às taxas de internações por condições sensíveis a atenção básica (ICSAB), o que reforça a importância da atuação da ESF sobre os determinantes sociais da saúde que interferem no processo saúde-doença a fim de reduzir o número de internações por essas condições.

Assim, inicialmente, não se deva pensar que o limite seja a oferta de serviços de atenção básica, mesmo que ainda caiba a sua expansão. Seriam a precarização dos recursos materiais e humanos que não estimularia a procura pela rede de atenção básica, no caso, as UBSs? Seria o mau desempenho das equipes da ESF por despreparo ou por precarização de recursos? Seria este mau desempenho promovido pela amplitude e profundidade das demandas extrapolando as competências da equipe mínima da ESF? Neste trabalho é defendida a ampliação de recursos materiais e humanos; e, neste último, destacado a necessidade do trabalho do Serviço Social.

A análise dos dados sugere que a atenção básica à saúde no município de Campos dos Goytacazes está sendo ineficiente e contribuindo para o grande número de internações no Hospital Geral de Guarus, sendo necessárias providências do poder público municipal.

CAPÍTULO 2: O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL GERAL DE GUARUS

O Serviço Social é uma profissão de caráter crítico, político e interventivo, possuindo três dimensões constitutivas - ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. O reconhecimento destas dimensões é fruto do processo de reconceituação da profissão, elaborado entre os anos 1960 e 1980, através de quatro encontros históricos da profissão, sendo os seminários de Araxá (1967), Teresópolis (1970), Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984).

Desse processo de reconceituação ocorreu a definição de que o trabalho profissional poderia ser respaldado por três perspectivas teóricas – o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. (BRAVO; MATOS, 2006). No entanto, esta última se fez hegemônica a partir dos anos 1980, culminando por nortear o Código de Ética da profissão de 1993. Portanto, as dimensões constitutivas da profissão são resultados das escolhas profissionais da categoria, mais especificamente do movimento de intenção de ruptura, no qual a categoria visa romper com o conservadorismo e adota uma perspectiva crítica pautada nos referenciais teóricos marxistas.

As dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa norteiam a prática profissional e contribuem para o enfrentamento das múltiplas expressões da questão social presentes nas relações sociais vigentes.

A Dimensão ético-política expressa o posicionamento da profissão a favor da classe trabalhadora, ou seja, é o direcionamento em prol de princípios éticos como: liberdade, universalidade de direitos, igualdade, democracia, entre outros.

Nesta perspectiva, o assistente social, não pode ser neutro, ele deve se posicionar politicamente diante da realidade, para intervir sobre ela, a partir dos compromissos profissionais que possuem embasamento teórico.

Desta forma, a dimensão ético-política do Serviço Social é parte de uma prática social voltada para a criação de novos valores, que é também, o processo de criação de uma nova hegemonia no quadro das relações sociais (IAMAMOTO, 2006).

O projeto ético-político encontra-se em processo permanente de construção; construindo-se no fazer profissional cotidiano (NETTO, 2006). Trata-se de um projeto que traz as normativas que norteiam a prática profissional, envolvendo uma série de componentes distintos: uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus

objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas, etc. (NETTO 2006).

Para além disso, este projeto se vincula a um projeto societário, e propõe a construção de um novo modelo de sociedade para além do capital, ou seja, uma sociedade mais justa e igualitária. Propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. (NETTO, 2006).

O projeto ético-político se materializa em três importantes documentos, sendo eles: o código de ética, a diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS)⁴ e a Lei de Regulamentação da Profissão.

O código de ética instituído em 1993, que fundamenta as ações dos profissionais e das entidades representativas do Serviço Social, foi resultado do amadurecimento da categoria em busca de um projeto profissional voltado aos interesses da classe trabalhadora e na luta pela conquista do Estado de Direito e da democracia política. A partir deste código fica oficializado e direcionado que a profissão se posiciona a favor das minorias políticas, no combate ao preconceito, em defesa dos direitos sociais, da democracia, da justiça social, entre outros.

Fundamentado numa perspectiva teórico-crítica e ético-político tem como princípios fundamentais a serem considerados por todos os assistentes sociais: o reconhecimento da liberdade como valor ético central, defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, defesa do aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, garantia do pluralismo, opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, articulação com os movimentos de outras categorias profissionais, compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a nem discriminar por questões de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (BARROCO, 2012).

As diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS) de 1993 expressam avanços na compreensão do significado social da profissão, no embasamento teórico que permite a leitura crítica da realidade social e progressos para a consolidação de um projeto profissional vinculado as demandas da classe trabalhadora.

⁴ ABESS, criada em 1946, passou a ser denominada Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), no ano de 1996.

Lei de Regulamentação da Profissão de 1993 dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional do Assistente Social e trata sobre suas competências, deveres e atribuições privativas. Reconhecendo ainda, a autonomia do profissional e sua subordinação ao código de ética da profissão.

A dimensão teórico-metodológica se refere ao arcabouço teórico crítico que se apreende no processo de formação profissional para que se realize a leitura crítica da realidade social e das demandas apresentadas pelos usuários dos serviços sociais. Em outras palavras, significa dizer que a dimensão teórico-metodológica é o modo do fazer profissional fundamentado nas diferentes teorias críticas que norteiam o trabalho do Serviço Social e permitem criar estratégias para intervir e transformar a realidade social dos usuários. Sobre essa dimensão do Serviço Social, Iamamoto afirma:

O Serviço Social brasileiro, nas últimas décadas, redimensionou-se e renovou-se no âmbito da sua interpretação teórico-metodológica no campo dos valores, da ética e da política. Realizou um forte embate com o tradicionalismo profissional e seu lastro conservador e buscou adequar criticamente a profissão às exigências do seu tempo, qualificando-a academicamente. (IAMAMOTO, 2006, p.184)

A dimensão técnico-operativa diz respeito a operacionalidade da prática profissional, através de habilidades técnicas nas quais criamos e utilizamos estratégias para intervir na realidade social, ou seja, é a parte prática que faz com que a profissão seja reconhecida pela sociedade. Porém, a instrumentalidade não é apenas o conjunto de instrumentos e técnicas, mas sim uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio histórico, como Guerra (2000) sinaliza ao afirmar que a instrumentalidade:

Possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. (GUERRA, 2000, p.8)

As essas três dimensões constitutivas do Serviço Social, acima apresentadas não se sobrepõem umas as outras, ao contrário, elas precisam estar articuladas para atingir a finalidade da profissão que é atender as demandas da classe trabalhadora, a partir do reconhecimento e da intervenção sobre os determinantes sociais que se interpõem enquanto limites ao pleno usufruto dos direitos sociais. Nessa perspectiva, Guerra (2000) ressalta:

Se as demandas com as quais trabalhamos são totalidades saturadas de determinações (econômicas, políticas, culturais, ideológicas) então elas exigem mais do que ações imediatas, instrumentais, manipulatórias. Elas implicam intervenções

que emanem de escolhas, que passem pelos condutos da razão crítica e da vontade dos sujeitos, que se inscrevam no campo dos valores universais (éticos, morais e políticos). Mais ainda, ações que estejam conectadas a projetos profissionais aos quais subjazem referenciais teórico- metodológicos e princípios ético-políticos. (GUERRA, 2000, p.11)

No entanto, articular as três dimensões imprescindíveis para consolidação de um projeto profissional crítico não é simples. Ao contrário, é complexa e não se realiza num curto espaço de tempo. Ela exige recursos político-organizativos (organização do corpo profissional), processos de debate e elaboração, investigações teórico-práticas (inclusive a análise da relação entre conhecimentos e formas de intervenção). (NETTO, 2006). Também, exige reflexão crítica da prática, ou seja, a articulação entre teoria e prática.

A consolidação de um projeto profissional crítico encontra limites que se expressam nas instituições nas quais o profissional exerce o seu trabalho e se materializam através de particularidades institucionais que impedem a organização do trabalho, de profissionais que reforçam os objetivos da instituição e não seus objetivos profissionais, e da precarização do trabalho dos assistentes sociais. Desse modo, fica claro que a autonomia do trabalho do assistente social é relativa. Assim, segundo Guerra 2000:

Como resultado destas determinações no processo de constituição da profissão, a intencionalidade dos assistentes sociais passa a ser mediada pela própria lógica da institucionalização, pela dinâmica da instauração da profissão e pelas estruturas em que a profissão se insere, as quais, em muitos casos, submetem o profissional, melhor dizendo, os assistentes sociais “passam a desempenhar papéis que lhes são alocados por organismos e instâncias (...)” próprios da ordem burguesa no estágio monopolista (Netto, 1992: 68), os quais são portadores da lógica do mercado. Assim, o assistente social adquire a condição de trabalhador assalariado com todos os condicionamentos que disso decorre. (GUERRA, 2000, p.7)

Ao se inserir no campo da saúde, o assistente social deverá desenvolver seu trabalho profissional a partir da articulação três dimensões constitutivas do serviço social aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo mediações com a noção de conceito ampliado de saúde e com os princípios norteadores do SUS, sendo: universalidade, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização, participação social e regionalização.

Os princípios do SUS são convergentes com o Código de ética Profissional e a Lei de regulamentação da profissão. E, o conceito ampliado de saúde remete a uma intervenção sobre os determinantes/condicionantes sociais ao processo saúde-doença, que suscita um trabalho profissional que promova, em conjunto com outros profissionais da equipe, a prevenção de doenças e seus agravos, assim como a reabilitação e a cura. Ou seja, o trabalho profissional se expande e se intensifica, tornando-se condizente com as noções de

emancipação humana, de cidadania e democracia presentes nos documentos que respaldam o projeto ético político profissional.

Em relação aos princípios do SUS, destacam-se em termos de pertinência aos princípios do Código de Ética profissional: universalidade, integralidade, equidade e participação social.

A universalidade configura o fato de todo cidadão brasileiro ter direito universal e igualitário aos serviços de saúde.

A integralidade possui como pilares básicos a interdisciplinaridade e intersetorialidade. Enfatiza o atendimento de todas as necessidades em saúde e se refere ao conhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não fragmentação da atenção à saúde, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença. (PINHEIROS; MATOS, 2001). Nessa perspectiva, a integralidade se realiza pelo compromisso ético-político e competência técnica dos profissionais de serviço social, a partir da relação com o usuário. Ou seja, ouvir cuidadosamente, apreender, compreender e analisar para identificar as necessidades de saúde da população. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

A equidade é um princípio de justiça social, no qual objetiva-se garantir igualdade de acesso aos serviços de saúde a todas as pessoas, ao proporcionar atendimento desigual para as necessidades desiguais, no intuito de diminuir as diferenças sociais.

A participação e controle social possibilita decisões no campo sanitário compartilhada com os usuários, gestão democrática dos serviços de saúde e o controle social, no qual a sociedade civil organizada exerce o controle sobre o Estado, por meio dos Conselhos e das Conferências de saúde. Essa perspectiva interage com o Código de Ética da profissão no que concerne aos princípios referentes à ampliação e consolidação da cidadania; a gestão democrática de serviços, programas e políticas sociais; a defesa do aprofundamento e da socialização da participação política. Também, com o dever do assistente social em contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais. (CFESS, 2010).

Desse modo, o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que estar articulado ao projeto de reforma sanitária. (MATOS, 2003).

Assim, o objetivo da profissão na área da saúde envolve o reconhecimento e a intervenção sobre os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no

processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento das expressões da questão social que suscitem. (CFESS, 2010). Isso requer ampla articulação do projeto ético-político do Serviço Social com as particularidades da área da saúde, reelaborando-se diante as demandas próprias desta área, pois este projeto é pautado na perspectiva de totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação, o que sinaliza para a reprodução e associação dos fenômenos sociais as necessidades de saúde. Portanto, o conceito ampliado de saúde e os princípios do SUS, já mencionados, e os conceitos de intersectorialidade e interdisciplinaridade são fundamentais norteadores da ação dos assistentes sociais na saúde.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva de totalidade, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida; identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade; e, formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e a ampliação dos direitos. (CFESS, 2010).

Sendo assim, pensar numa atuação competente, crítica e em conformidade com o código de ética da profissão, segundo Bravo e Matos, é:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (BRAVO; MATOS, 2006, p.214).

Corroborando e acrescentando outros aspectos, Bravo e Matos (2006), afirmam que o projeto de reforma sanitária apresenta como demandas aos assistentes sociais as seguintes questões:

Busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2006, p.206)

No contexto hospitalar, o assistente social atua no atendimento direto aos usuários, logo, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade. (MARTINELLI, 2011).

O trabalho do assistente social em um hospital de emergência, que, portanto se insere no nível terciário da atenção à saúde, possui particularidades referentes a esse tipo de instituição, que é responsável pelas urgências e emergências, o que envolve, na maioria dos casos, internações. Segundo Deslandes (2002), os serviços de emergência contemporâneos contêm uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde. Trata-se de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada; e exige ainda amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos.

Na perspectiva do conceito ampliado de saúde, as ações dos assistentes sociais nos hospitais de emergência podem trazer informações e conhecimentos sobre os usuários e suas famílias e/ou seu contexto de vida e propor estratégias para além das demandas explícitas apenas relacionadas ao tratamento.

As demandas sociais nos hospitais de emergência são inúmeras, como atendimento de situações de violência intrafamiliar (violência contra a mulher, criança, adolescentes e idosos), informações sobre direitos da família em decorrência de óbito, direitos do trabalhador acidentado; demanda reprimida quanto a vagas para internação em unidades de terapia intensiva, usuários com intercorrências clínicas (devido ao não-acompanhamento por falta de vagas na media complexidade), entre outras. (OLIVAR; VIDAL, 2006).

Um dos maiores problemas considerados pelos gestores dos hospitais públicos de emergência, é a inserção de usuários sem suporte familiar e/ou sem moradia – indivíduos que, na linguagem hospitalar, são chamados de “casos sociais”. Estigmatizados e referenciados a um único profissional, esses usuários são colocados sob a responsabilidade exclusiva do Serviço Social, sem considerar a resolutividade das ações realizadas, caso o tratamento indicado não tenha continuidade, causando, na maioria das vezes, conflitos interpessoais (OLIVAR; VIDAL, 2006).

Todas as particularidades e demandas citadas anteriormente fazem parte do Hospital Geral de Guarus (HGG), que é um hospital público de emergência. O Serviço Social do HGG

iniciou seu trabalho desde a fundação deste hospital, em 2002, sendo o setor de reabilitação o primeiro a contar com o apoio e serviços dos assistentes sociais. Posteriormente, com a inauguração da emergência, mais assistentes sociais foram convocados por meio de concurso realizado pela Prefeitura de Campos dos Goytacazes.

No início, o Serviço Social contava apenas com uma precária estrutura física (uma sala com mesa e cadeiras) e algumas propostas de trabalho, que surgiram mediante diversas discussões entre a equipe de Serviço Social. Gradativamente a sistematização do processo de trabalho dos assistentes sociais foi ganhando visibilidade. (HGG, 2017).

O Serviço Social do HGG tem por objetivo geral identificar os principais fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam no processo saúde-doença do usuário, para intervir mobilizando recursos que venham ao encontro de suas necessidades e democratizando informações que interfiram em sua qualidade de vida, possibilitando a efetivação dos direitos sociais. As ações dos assistentes sociais da instituição pautam-se no compromisso ético-político com os direitos e com a autonomia dos usuários, sendo as atividades realizadas traduzidas a partir do acolhimento, humanização do atendimento e trabalho interdisciplinar. (HGG, 2017).

As ações do Serviço Social dentro do HGG têm por objetivos específicos: (HGG, 2017).

- Criar dispositivos que estimulem o despertar da “consciência sanitária” dos usuários atendidos;
- Democratizar informações de forma a contribuir para ampliação de ações de promoção, prevenção e tratamento de saúde dos usuários, a partir da criação de espaços individuais e coletivos de orientação e educação em saúde.
- Viabilizar estratégias de intervenção, que facilitem o acesso e o conhecimento dos usuários e seus familiares aos serviços oferecidos pela unidade hospitalar;
- Estabelecer espaço para que os usuários e seus familiares possam reafirmar a complexidade de suas realidades, suas demandas e suas avaliações sobre o atendimento prestado;
- Realizar um trabalho em parceria com os diferentes profissionais, a fim de transcodificar os conceitos e culturas de cada profissão, visando um trabalho interdisciplinar;
- Traçar o perfil da população atendida no hospital para melhor intervenção;
- Criar e participar da criação de mecanismos de interação com equipes multiprofissionais.

O público-alvo do atendimento do Serviço Social do HGG constitui-se de usuários em observação no setor de emergência ou internados nos diversos setores do hospital, assim como seus familiares. No que se referem ao atendimento ambulatorial, as ações centram-se no atendimento das demandas dos pacientes que realizam acompanhamento no setor de ambulatório.

As demandas atendidas pelos assistentes sociais do HGG são advindas das múltiplas expressões da questão social que, muitas vezes, interferem no processo saúde-doença dos usuários e/ou demandas dos familiares que tem seu cotidiano modificado diante ao adoecimento de um membro da família.

O Serviço Social tem desenvolvido o seu trabalho de acordo com a rotina do serviço e a partir das demandas dos usuários. E, na busca de elaborar alguns protocolos de intervenção, os assistentes sociais criaram instrumentos e estratégias de trabalho que fazem parte da rotina desses profissionais em todos os setores de atuação no hospital. Entre estes, podemos destacar:

- Ficha de encaminhamento;
- Ficha social;
- Ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual, e outras violências interpessoais;
- Folders com assuntos relativos aos direitos dos pacientes, e informações para promoção e educação em saúde;
- Declaração e autorização de acompanhantes;
- Declaração de óbito e cartilha com orientações sobre os trâmites para registro em cartório e sepultamento;
- Encaminhamento e orientações para conseguir o benefício de auxílio funeral fornecido pela Secretaria Municipal da Família e Assistência Social (FMFAS), no caso de famílias vulneráveis e com renda de até dois salários mínimos;
- Cartilhas de orientação para pacientes internos e externos (reabilitação e ambulatório);
- Livro de comunicação e de ocorrências das intervenções.

Em outras palavras, o Serviço Social do HGG, utiliza como instrumento do processo de trabalho, a entrevista, que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais

ou coletivos (LEWGOY; SILVEIRA, 2007) para a elaboração das fichas sociais, que é um instrumento de coleta e registro de dados. Em relação a este registro, Lewgoy e Silveira destacam seu objetivo:

Contribuir para a integralidade do atendimento e compartilhar o conhecimento com os demais trabalhadores da instituição. (...) O registro além de cumprir com as exigências técnico-administrativas dos serviços, pode também servir como documentação da área do ensino (...). A sistematização do material produzido ocorre posteriormente ao registro de várias entrevistas, cuja análise, com base em referenciais teóricos, deverá levar à produção de novos conhecimentos. (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p.7)

As maiores dificuldades encontradas pelos assistentes sociais no exercício da profissão se devem ao fato do Hospital Geral de Guarus ser um hospital de emergência, logo ter particularidades próprias desse tipo de instituição. Entre elas, podemos destacar que os atendimentos precisam ser feitos de forma imediata, visto que na maioria das vezes, estamos lidando com o risco de morte dos usuários. Cabe ressaltar também que estamos lidando com pessoas fragilizadas e então temos que respeitar quando não querem estabelecer um diálogo, seja o usuário, quando possui condições clínicas para estabelecer diálogo; seja a família e/ou acompanhante.

Outra questão que dificulta bastante é o fato da rotina hospitalar ser feita por profissionais em escalas de plantão, pois limita o encaminhamento e acompanhamento das demandas apresentadas pelos usuários. Também, os profissionais só se atentam e se responsabilizam pelos seus respectivos plantões e isso compromete a interação entre os profissionais e qualquer tentativa de intervenção que envolva profissionais de plantões diferentes.

Na intenção de atender integralmente as demandas dos usuários, o Serviço Social firma uma relação de parceria e respeito com as demais categorias profissionais da instituição. Sendo assim, tenta realizar trabalho em parceria com os mesmos, com a finalidade de um trabalho interdisciplinar. Entretanto, há dificuldade de se conseguir uma articulação entre os diferentes saberes e distintas categorias profissionais para um projeto interdisciplinar, visando à integralidade do atendimento ao usuário. O corporativismo, a vaidade, a falta de tempo para reunir os membros da equipe e, principalmente, o não pensar de forma coletiva fazem com que a fragmentação seja uma característica. (OLIVAR; VIDAL, 2006).

Assim, os usuários não recebem de modo rotineiro um retorno para suas demandas, pois os profissionais não dialogam entre si. Nesse sentido, Sodré aponta que:

A especialidade técnica na saúde pública criou equipes que não interagem. São profissionais compartimentalizados, como se a vida fosse a junção de conhecimentos sobre pedaços do corpo humano. “O fordismo modernizador”

proporcionou ao campo da saúde uma formação maciça de profissionais que tratam a vida como partes contidas em um todo. (SODRÉ, 2010, p.457).

A autora ainda afirma que:

Neste jogo, somente o usuário perde, pois não encontra equipes provocativas que coloquem no centro das discussões um debate sobre a demanda atendida. Desta forma, reproduz-se serviços hierarquizados, padronizados, centralizados, compartimentalizados e corporativistas, como o fordismo nos ensinou. (SODRÉ, 2010, p. 460)

A especialização técnica na saúde cria um processo de hierarquização nos hospitais, que não se dá apenas entre as profissões diferenciadas, mas também entre as especialidades médicas, o que aumenta ainda mais a fragmentação do trabalho em saúde.

Cabe ressaltar ainda a dificuldade dos Assistentes Sociais em atender as demandas institucionais, as demandas dos usuários e ao mesmo tempo conseguir efetivar suas novas intenções de ação no espaço institucional. A demanda institucional para o profissional pode ser apenas a de liberar leito, controlar conflitos, interpretar normas, garantir a rotatividade dos usuários nos serviços (rotatividade dos leitos) e viabilizar transferências. Nesse sentido, torna-se importante destacar que os objetivos e as demandas institucionais estão intrinsecamente relacionados ao panorama sociopolítico configurado na contemporaneidade, onde se evidenciam propostas de cunho liberal presentes na nítida deteriorização das políticas sociais, na redução de gastos e cortes de benefícios, na privatização de serviços, na seletividade e focalização. (OLIVAR; VIDAL, 2006).

Portanto, durante o exercício profissional, o assistente social precisa ter competência para propor e negociar com a instituição; bem como precisa defender suas atribuições, qualificação e projeto profissional.

Para referenciar a intervenção dos assistentes sociais na área da saúde, no âmbito dos marcos legais e normativos, se faz necessário ressaltar a importância dos Parâmetros para Atuação de assistentes sociais na Política de Saúde, elaborados a partir da ampla participação da categoria profissional e publicado pelo CFESS em 2010. Segundo Martinelli (2011), esses tais parâmetros reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia.

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e, assessoria, qualificação e formação profissional. (CFEES, 2010). As ações de atendimento direto aos usuários são as mais presentes no trabalho profissional na saúde desenvolvido nos

diversos espaços de atuação e se dividem em: ações de articulação com a equipe, ações socioeducativas e ações socioassistenciais.

Ações de articulação com a equipe são desenvolvidas com os demais profissionais que compõem a equipe, na qual o assistente social dispõe de percepções particulares na interpretação das condições de saúde dos usuários, que se apresentam em associação com os determinantes sociais, econômicos e culturais pertinentes ao caso em análise; bem como dispõe de competência distinta para o encaminhamento das ações, o que o diferencia dos demais profissionais que atuam na saúde. Entre as principais ações podemos destacar; segundo o CFESS (2010, p.53):

Esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;
 Elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
 Garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde;
 Identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida; planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito.

Ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais ou coletivas. Entre essas ações, podemos destacar: (CFESS, 2010, p.56).

Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
 Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
 Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
 Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
 Realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

As *ações socioassistenciais* têm correspondido as principais demandas apresentadas aos profissionais de Serviço Social. Entre estas podemos ressaltar, segundo o CFESS (2010, p.44-45):

Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
 Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
 Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
 Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
 Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
 Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
 Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
 Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços.

Em sintonia com as prerrogativas registradas pelo CFESS (2010), o Serviço Social atua facilitando o acesso aos serviços de saúde; orientando, informando, contactando os demais profissionais e mobilizando a rede de serviços. Entretanto, o aumento das expressões da questão social e o desmonte das políticas públicas intensificam as dificuldades para os usuários, que tem seu acesso aos direitos sociais negados; e, para os profissionais que se deparam com novas contradições criadas com a contrarreforma na saúde, que tenta não viabilizar o SUS constitucional, acarretando no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas, tais como: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários. Assim, corroboram-se os tipos de demandas, presentes no cotidiano dos profissionais de Serviço Social, apresentadas pelo CFEES (2010, p. 42 - 43):

Solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
 Reclamação com relação à qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros);
 Não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
 Desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços;
 Agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção.

Para além destas, outras demandas referem-se às condições de vida dos usuários que se apresentam como: desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário (CFESS, 2010). Desse modo, diante ao intensificar da situação de pobreza e a precarização dos serviços que compõem a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), são constantemente observados internações na emergência motivadas por condições à atenção básica, sendo possível sua análise a partir dos dados presentes nas Fichas Sociais, elaboradas pelo Serviço Social do Hospital Geral de Guarus (HGG), anteriormente apresentadas.

CONCLUSÃO

Este trabalho analisou a necessidade da inserção do assistente social na equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), com vistas à redução de internações por condições sensíveis a atenção básica, a partir de registros do Serviço Social do Hospital Geral de Guarus (HGG). Assim, ressaltou a forte influência dos determinantes sociais, econômicos e culturais no processo saúde doença; sendo estes o norteador da Política Nacional da Atenção Básica no Brasil, mas precisamente da Estratégia Saúde da Família.

Apresentou as prerrogativas da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, destacando os objetivos e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo esta parte dos serviços referentes à atenção básica em saúde. Tais definições foram contextualizadas diante a ESF do distrito de Tócos, em Campos dos Goytacazes/RJ, sobre o qual foi apresentada a rede de serviços de saúde e as demandas socioeconômicas das famílias acompanhadas pela ESF/Tócos. Isso possibilitou a análise sobre a necessidade da intervenção do serviço social junto as equipes da ESF, com vistas à ampliar e aprofundar a atuação desta estratégia, promovendo o alcance de modo mais relevante de seus objetivos.

No Hospital Geral de Guarus foi observado, a partir das Fichas Sociais elaboradas pelo Serviço Social, ampla presença de internações por condições sensíveis a atenção básica no HGG, sendo parte destas referentes à habitantes de Tócos. Isso sinalizou para fragilidades na atenção básica do município de Campos dos Goytacazes e, em especial, da ESF, reforçando a importância da inserção do assistente social na equipe da ESF, visando qualificar sua intervenção e, por conseguinte, colaborar com a redução do índice de internações por condições sensíveis a atenção básica.

O trabalho do Serviço Social no Hospital Geral de Guarus foi apresentado e entre as atividades por ele desenvolvidas, destacado a elaboração da Ficha Social. Esta permitiu a sistematização de dados relacionados à atenção básica que foram apresentados neste trabalho.

Os limites pertinentes ao trabalho em emergência de saúde foram abordados, mas enfatizado que mesmo diante aos mesmos, o Serviço Social no HGG vêm intervindo sobre os determinantes sociais frente ao processo saúde-doença, promovendo o acesso aos direitos sociais e desenvolvendo um trabalho em perspectiva de integralidade, articulando seu projeto ético-político aos propósitos do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez. *O território e a vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Disponível em: < http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/proformar_3.pdf > Acesso em 12 ago. 2019

BARROCO, Maria Lúcia Silva; TERRA, Sylvia Helena. *Código de ética do/a assistente social comentado*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. Portaria N° 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm > Acesso em 17 set. 2019

BRASIL. Congresso Nacional. Portaria N° 10.741, de 1 de outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm > Acesso em 17 set. 2019

BRASIL. Lei N° 8080/90, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm > Acesso em: 05 abr. 2019

BRASIL. Lei N° 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm> Acesso em: 05 abr.2019

BRASIL. Lei nº. 8.662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Regulamentação da Profissão. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf. Acesso em 19 nov. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> > Acesso em 11 ago. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf >. Acesso em: 10 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 221, de 17 de abril de 2008. Dispõe sobre o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política. Brasília, 2008. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html >. Acesso em: 10 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saludelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html > Acesso em 11 ago. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saludelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html >. Acesso em: 12 abr.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. > Acesso em: 12 ago. 2019

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1998.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. *Projeto Ético-Político e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate*. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006. p.197-217.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa. *Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde*. Recife: Is.n.1, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Política de saúde*. Brasília, 2010. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf > Acesso em: 29 mar. 2019

CRUZ, Adriane. *A Atenção Primária à Saúde no Brasil*. Brasília: CONSENSUS, 2008. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/consensus35.pdf&ved=2ahUKEwi18u_FsZXIAhWNHbkGH4RA1MQFjADegQIBRAH&usg=AOvVaw2Q7Gp4JuAIYHJHTSIY11RD >

DESLANDES, Suely Ferreira. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Ed. FIOcruz, 2002

FRANÇA, Merilin Carneiro; CAVALCANTI, Patricia Barreto. *A Intersetorialidade e o Assistente Social na Saúde*. In: Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas. PUC – Rio Grande do Sul. V.1, 2013.

GUERRA, Yolanda. *A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social*. Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, “Capacitação em Serviço Social e Política Social”, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000, revisado e atualizado. palestra ministrada no Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, BH, maio, 2007, promovido pelo CRESS6a. Reg.

- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/ipp/Brasil> acesso em: 14 nov. 2019.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. *O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais*. In: Relações sociais e serviço social no Brasil. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1982. p. 71-123.
- IAMAMOTO, Marilda V. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 10 Ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- KAUCHAKJE, Samira. *Condições Sociais e população atendida pelos serviços sociais*. In: --- -- Gestão pública de serviços sociais. 2. ed. Curitiba: Ibpx, 2008. p. 29-38.
- MATOS, Maurílio Castro. *O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90*. In: Revista Serviço Social e Sociedade. (74). São Paulo: Cortez, 2003.
- MARTINELLI, Maria Lúcia. *O Trabalho Do Assistente Social Em Contextos Hospitalares: Desafios Cotidianos*. Ser. Soc. São Paulo. n°. 107, página 497-508, jul./set. de 2011.
- MENDONÇA CS. *Uso das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária para a avaliação da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte/MG*. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. *Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde*. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006. p. 273-303.
- NETTO, José Paulo. *A Construção do Projeto Ético Político do Serviço Social*. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006. p. 141-160.
- OLIVAR, Mônica Simone Pereira; VIDAL, Dolores Lima da Costa. *O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais de emergência: notas para debate*. Serviço Social e Sociedade n.92 p 139 a 157, 2006.
- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES. Confeccionado por Viviane Ferreira da Boa Morte. 2014-2017 Disponível em: <http://www.cidades.com.br/Cidade/camposdosgoytacazes/003200.html>. Acesso em 19 nov. de 2019
- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES. Confeccionado por Diretoria de Planejamento e Gestão. 2018-2021 Disponível em: <http://www.cidades.com.br/Cidade/camposdosgoytacazes/003200.html>. Acesso em 18 nov. de 2019
- PINTO, Simone Nunes. *Estratégia da saúde da família*. Londrina: Editora e Distribuidora educacional S.A, 2016.
- PINHEIROS, R. e MATTOS, R. A. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e Cuidados de Saúde*. Rio de Janeiro. IMS-UERJ/Abrasco, 2001.

VILARTA, Roberto; GONÇALVES, Aguinaldo. *Qualidade de vida – concepções básicas voltadas à saúde*. In: GONÇALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). *Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas*. Barueri: Manole, 2004, p. 27-62.

SILVEIRA, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalba Maria Carvalho. *A entrevista nos processos de trabalho do assistente social*. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 233-251. jul./dez. 2007.

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

SORANZ, Daniel. *Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processo e resultado*. Rio de Janeiro, 2017.