



Eixo: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional

Sub-eixo: Formação profissional

O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ENFERMARIA DE NEUROLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MONIQUE RIBEIRO ALVES¹
FAYLLANE ARAUJO ALMEIDA²
TALITA SOARES SANTOS³
NAYARA MARQUES LOMIENTO⁴
CAMILLA MOURA SANTOS⁵

Resumo: Este estudo objetiva traçar o perfil socioeconômico dos usuários atendidos pelo Serviço Social na Enfermaria de Neurologia de um Hospital Universitário, para tal relacionam-se os condicionantes e determinantes sociais e econômicos que atravessam o processo saúde-doença. Assim, realizamos o levantamento do perfil dos usuários, tomando como referência a análise da amostra de vinte estudos sociais no período compreendido entre junho de 2016 e junho de 2018. Dessa maneira, a análise apresenta os seguintes eixos: a) Identificação dos usuários e Dados da internação; b) Rede e Suporte Familiar; c) Situação Habitacional; d) Renda, Situação Trabalhista, Previdenciária e Assistencial; e) Demandas de Saúde.

Palavras-chave: Serviço Social; Sistema Único de Saúde (SUS); Determinantes Sociais; Neurologia.

Abstract: This study aims to outline the socioeconomic profile from the Social Service users attended by the Neurology Infirmery from a University Hospital, for this purpose, a parallel is traced between the social conditions through the health-disease process. With that in mind we researched the users profile, taking as reference the analysis of twenty social studies between June 2016 to June 2018. The analysis presents the following axes:

a) Identification of users and Data of hospitalization; b) Family Network and Support; c) Housing situation; d) Income, Labor, Social Security and Assistance; e) Health Claims.

Keywords: Social Work; Single Health System (SUS); Social Determinants; Neurology.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva identificar os condicionantes e determinantes sociais e econômicos na relação saúde-doença de usuários

¹ Profissional de Serviço Social. Hospital Universitário Pedro Ernesto. E-mail: <monique_ra@yahoo.com.br>

² Estudante de Pós-Graduação. Hospital Universitário Pedro Ernesto.

³ Estudante de Pós-Graduação. Hospital Universitário Pedro Ernesto.

⁴ Estudante de Pós-Graduação. Hospital Universitário Pedro Ernesto.

⁵ Estudante de Pós-Graduação. Hospital Universitário Pedro Ernesto.

acompanhados pelo Serviço Social durante a internação na Enfermaria de Neurologia de um Hospital Universitário.

A importância deste estudo é revelada ao permitir o conhecimento da realidade vivenciada pelos usuários e seus familiares, pois, mediante a investigação, abre-se a possibilidade de análise crítica e planejamento de ações voltadas aos interesses dos usuários, de modo a torná-los alvos de respostas institucionais que promovam a saúde e o cuidado.

Trata-se de um levantamento do perfil dos usuários tendo como base a amostra de vinte estudos sociais analisados no período compreendido entre junho de 2016 e junho de 2018. Como procedimento metodológico, temos como finalidade caracterizar o perfil dos usuários em relação aos seguintes blocos de análise: a) Identificação do usuário e Dados da internação; b) Rede e Suporte Familiar; c) Situação Habitacional; d) Renda, Situação Trabalhista, Previdenciária e Assistencial; e) Demandas de Saúde.

O conceito de saúde estabelecido neste estudo é o instituído na Carta Magna de 1988 e na lei nº 8.080/1990, não baseado estritamente no campo biológico e hospitalocêntrico, mas sim arraigado em preceitos defendidos pela Reforma Sanitária, em que são consideradas as condições de vida e trabalho enquanto determinantes e condicionantes para o processo saúde-doença. Dessa forma, ao se pensar em saúde pública, é preciso ir além do adoecimento em si, refletindo sobre questões que interferem diretamente na vida do usuário, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (lei nº 8.080/1990, art. 3º), elementos estes de total relevância para se pensar o tratamento em saúde de forma integral.

De acordo com a Lei 8.080/1990, art. 3º “Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”, deste modo, para que a prestação de serviços em saúde seja, de fato, efetivada dentro do moldes previstos na Constituição vigente do país, faz-se fundamental a garantia de políticas sociais e econômicas para a redução dos riscos e agravos à saúde. (CF,1988).

A política de Saúde compõe o tripé da Seguridade Social em conjunto com as políticas de Assistência e Previdência Social. Todavia, a partir da

década de 1990, com a adoção da política neoliberal, ocorre o desmonte e a descaracterização dos princípios norteadores das políticas sociais, como, por exemplo: a universalização, integralidade, descentralização. BRAVO (2013) analisa a política de saúde e evidencia três projetos em disputa, a saber: o da Reforma Sanitária, o privatista e o que flexibiliza o projeto de saúde da Reforma Sanitária. O primeiro impõe ao Estado o seu lugar de promovedor de ações de proteção social mediante políticas universais, gratuitas e equânimes como forma de enfrentamento das expressões da questão social e distribuição das riquezas socialmente produzidas. O segundo é voltado ao mercado e objetiva manter a hegemonia dominante no poder, a defender a propriedade privada, restringir direitos, a minimizar a ação do Estado no campo social para o privilegiamento da elite burguesa. Por último, o chamado “SUS Possível”, este realiza um misto das propostas anteriores, estabelecendo ao SUS as requisições da conjuntura econômica, logo, não pretende alterar as estruturas causadoras das desigualdades sociais e de saúde, apenas minimizá-las.

Este contexto ora exposto, colocará inúmeros desafios à atuação profissional, visto que acarreta a precarização das condições de trabalho, e sucateamento da política de saúde, em que há baixo investimento da verba pública e fomenta-se a privatização dos serviços de saúde. Considerando que o agir do assistente social encontra-se ancorado nos princípios norteadores do Código de ética Profissional e no Projeto da Reforma Sanitária, é perceptível, uma incongruência entre os nortes dessa categoria profissional e o panorama atual da política de saúde nacional.

II- DESENVOLVIMENTO

1. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ENFERMARIA DE NEUROLOGIA.

As doenças neurológicas têm considerável importância epidemiológica e magnitude social na população brasileira, ao considerarmos o quadro de morbidade, composto por elevada prevalência de pessoas com sequelas neurológicas e elevada taxa de mortalidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo Botelho et al. (2016), a doença neurológica de nomenclatura Acidente Vascular Cerebral (AVC), é a segunda maior causa de óbito no mundo, com cerca de 5,7 milhões de casos por ano, o que caracteriza, aproximadamente, 10% dos óbitos mundiais. No Brasil, continua sendo a primeira causa de morte e incapacidade. Dados do estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2013, indicaram uma incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes. Nesse cenário, uma das justificativas da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica pauta-se na intervenção precoce nas pessoas que vivem com hipertensão arterial e diabetes mellitus, principais causas dos AVC's no Brasil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A atuação do Serviço Social na enfermaria da Neurologia busca identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença que possam trazer impactos à vida dos usuários e seus familiares no período pós-alta. Dessa forma, como foi exposto, a saúde é compreendida numa concepção ampliada em que as questões referentes às condições de vida e trabalho da população estão intrinsecamente relacionadas ao adoecimento.

O atendimento é direcionado aos usuários que apresentam, na admissão ou no período de acompanhamento, algum grau de dependência e/ou perda de funcionalidade; usuários que informaram não possuir suporte familiar/comunitário e demandam algum cuidado; usuários que necessitam de recursos indispensáveis à saúde. Essas condições se justificam pelo impacto socioeconômico gerado nas famílias que prestam os cuidados aos usuários adoecidos e com dependência.

O atendimento social na enfermaria é realizado por identificação do próprio profissional de Serviço Social, mediante abordagem/acolhimento aos usuários e familiares e/ou por intermédio de solicitação de parecer da equipe de saúde ao Serviço Social.

As principais doenças neurológicas identificadas por meio deste estudo e que são atendidas no HU, incluindo os atendimentos ambulatoriais, são: a Síndrome de Guillain-Barré (SGB), a Miastenia Gravis (MG), a Esclerose Múltipla (EM), a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), a Doença de Parkinson (DP), a Epilepsia e a Mielopatia, dentre outras. Chamamos atenção aqui para a

epilepsia, cuja incidência é maior nos países periféricos, sendo causada pela desnutrição, desassistência ao parto, doenças infecciosas e parasitárias e dificuldade de acesso à assistência à saúde, o que a torna uma questão de saúde pública.

As doenças neurológicas atendidas são doenças crônicas e muitas delas degenerativas que, em geral, impactam a autonomia do usuário, interferindo nas atividades cotidianas, de lazer e do trabalho. De acordo com o grau de comprometimento e do tipo de seqüela, a situação de saúde do usuário demandará uma equipe diversificada e especializada, a exemplo do profissionais da Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social e Fonoaudiologia, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A intervenção do Serviço Social pode corroborar para que a equipe se aproxime da realidade vivenciada pelo usuário e sua família, e construa estratégias em conjunto para a manutenção dos cuidados, considerando as dificuldades apresentadas.

Dessa forma, é estabelecido o reforço do vínculo entre os familiares e os profissionais, a manutenção da assistência prestada pela equipe, bem como avaliar o impacto do processo de adoecimento no contexto familiar e as condições de cuidados ao usuário dependente.

Essa aproximação com as famílias contribui para práticas mais horizontais, cujas condutas elaboradas pela equipe serão propostas de acordo com a realidade vivenciada pelas famílias, desconstruindo idealizações sobre as mesmas.

A Política Nacional de Humanização do SUS (2004) prevê ações que estimulem a autonomia dos sujeitos, tanto da equipe quanto dos usuários, a corresponsabilização, vínculo e resolutividade. Algumas dessas ações vão responder ao que Mattos (2001) chama de Necessidades de Saúde, que são: a criação de vínculos entre o profissional/equipe com o usuário, o desenvolvimento da autonomia, acrescentando o acesso a tecnologias e a resposta às condições de vida experimentadas pelos usuários, que na maioria das vezes aparecem metamorfoseadas como demandas que correspondem aos serviços que aquela unidade de saúde oferece.

2. PERFIL DOS USUÁRIOS INTERNADOS NA ENFERMARIA DE NEUROLOGIA.

No estudo realizado observa-se que a maioria dos usuários (90%) acompanhados pelo Serviço Social durante a internação na enfermaria de neurologia estava em idade ativa, isto é, considera-se População em Idade Potencialmente Ativa pessoas entre 15 a 64 anos de idade e que teoricamente estariam aptas a exercer uma atividade econômica. (IBGE, 2008)

Em relação à classe trabalhadora que necessita vender a sua força de trabalho para a manutenção de sua sobrevivência, o corpo, geralmente, é o único gerador de bens, logo, estar adoecido é não possuir meios de subsistência e reprodução social. (MINAYO, 1994).

Na sociedade capitalista, é reforçada a ideia que a doença é fruto de responsabilidade individual, o sujeito é culpabilizado por sua condição de saúde/doença e a incapacidade para o trabalho é visto de forma pejorativa. Obscurece assim, os determinantes causadores do adoecimento e a ausência de condições dignas de vida a partir da expropriação do fruto do seu trabalho.

Nota-se que 25% dos usuários são idosos, isto é, possuem 60 anos ou mais. Considera-se que um dos fatores de risco para as doenças neurológicas, principalmente para as neurovasculares, é o aumento da idade. Este é um fato que gera preocupação ao se relacionar o aumento da longevidade e expectativa de vida da população com a prevalência de doenças neurológicas.

Os valores mercadológicos presentes na sociedade capitalista são reproduzidos nas relações sociais, assim a coisa velha, gasta e antiga deve ser trocada por um novo produto, da mesma forma que o idoso no Brasil é tido como inútil e improdutivo, podendo ser descartado. Essa lógica discrimina o sujeito que está fora do mercado de trabalho, e, por esse pensamento, os desempregados são vistos enquanto “vadios” e os idosos, doentes crônicos e pessoas com deficiência, são consideradas um peso para a sociedade.

Frente ao exposto, um questionamento se faz necessário: ao considerarmos que parte das doenças neurológicas podem deixar sequelas e

tornar os sujeitos incapacitados para o trabalho e a atual conjuntura brasileira, em que as políticas sociais são restritivas e focalizadas, muitos estão desassistidos do sistema de Seguridade Social, dessa forma, como manterão sua subsistência? Daremos continuidade a essa discussão no item sobre o suporte familiar.

No tocante ao gênero dos usuários observa-se que 60% dos casos atendidos na enfermaria são do gênero feminino. Coincide com os dados do DATASUS (Mar, 2018) sobre a Morbidade Hospitalar do SUS no estado do Rio de Janeiro, estes são avaliados a partir das internações hospitalares, as pessoas internadas do sexo feminino são predominantes, total de 333.398 para 21.465 do sexo masculino.

As repercussões do adoecimento nas mulheres podem ser ainda mais avassaladoras no âmbito privado, pois as famílias brasileiras ainda vivenciam o legado dos aspectos culturais do patriarcado, mesmo com os avanços dos direitos da mulher ao conquistar o mercado de trabalho, ainda são elas as principais mantenedoras do cuidado e proteção social dos seus membros. Daí a reflexão: quem cuidará das mulheres ora adoecidas, se esse papel esteve e está colocado em suas mãos? Será que outras mulheres entram para o circuito dos cuidados ou os homens assumem esse lugar? Qual a contribuição do Assistente Social nessa demanda por nova configuração? Aprofundaremos essa discussão no item sobre Rede e Suporte Familiar.

Em relação ao local de Moradia nota-se que 50% dos usuários são moradores do município do Rio de Janeiro, seguidos do município de Belford Roxo (20%), Miguel Pereira (5%), Nova Iguaçu (5%), Friburgo (5%), Angra dos Reis (5%), Sem Informação (10%). O HU é uma unidade de saúde de referência para todo o Estado do Rio de Janeiro, logo é compreensível a internação e acompanhamento de pessoas oriundas de outros municípios. Esta organização está de acordo com o princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a regionalização e hierarquização dos serviços.

Ao pensarmos no deslocamento dos usuários e seus familiares no período de internação, faz se necessário que os municípios de origem ofereçam meios de suporte aos seus conterrâneos, como o acesso ao transporte e ajuda de custo, por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

No que se refere à escolaridade o estudo apontou que a maioria dos usuários possuem o Ensino Fundamental Incompleto, compondo 30% dos usuários, 10% com o Ensino Fundamental Completo, 10% com o Ensino Médio Incompleto, 10% com o Ensino Médio Completo e apenas 5% têm o Ensino Superior de forma Incompleta, e 35% dos dados estavam sem informação.

O nível de escolaridade apresentado neste estudo reafirma os dados expostos pelo último Censo (2010) da qual metade da população brasileira (49,25%) com 25 anos ou mais não possuem o ensino fundamental completo. O percentual representa 54,5 milhões de brasileiros. (IBGE,2010).

Deste modo, verificamos a contradição presente entre o real e o legal, ao compararmos os dados supracitados e o aparato legal contido na Constituição Federal (1988) que determina a obrigatoriedade do ensino fundamental e progressiva extensão da obrigatoriedade ao ensino médio (Art. 208, § 1 da CF, 1988).

O Hospital Universitário ora pesquisado, não é uma unidade de emergência, logo, o atendimento é destinado às pessoas com doenças neurológicas crônicas ou agudas e algumas delas incuráveis e degenerativas.

No que tange ao diagnóstico dos usuários, no momento da realização do estudo social a maior parte dos usuários (35%) estavam em investigação diagnóstica. Este dado sugere a prontidão da atuação profissional do Serviço Social desde o início da internação do usuário, propiciando condições para o planejamento das ações em conjunto com a equipe e familiares durante o período de internação até a alta hospitalar. Foram encontradas os seguintes diagnósticos: Síndrome de Guillain Barré (10%), Estafilococos (5%), Encefalopatia (5%), Neuromielite Óptica (5%), Hipertensão Intracraniana(5%), Adrenoleucodistrofia (5%), Esclerose Lateral Amiotrófica (5%) e Miastenia Gravis (5%). Na coleta de dados foram encontrados 20% dos estudos sociais sem informação.

Com relação à duração da internação dos usuários, identifica-se que 45% das internações acompanhadas pelo Serviço Social foram períodos prolongados, isto significa que os usuários permaneceram internados acima de trinta dias ininterruptos. E, destes, 20% permaneceram mais de sessenta dias. Quanto aos demais, o período de internação encontrado foi o seguinte: de

dezesseis a trinta dias (15%), de cinco a quinze dias (30%) e menor de cinco dias (5%).

O período de internação prolongado pode indicar, dentre outros fatores, a gravidade dos diagnósticos e sintomas das doenças encontrados. Como citado anteriormente, muitas das doenças neurológicas ocasionam perdas da funcionalidade do usuário de modo temporário ou permanente, resultando em limitações para a sua independência e até mesmo sua autonomia, logo, esta nova condição trará impactos no seu modo de vida e na de seus familiares.

Observou-se que as pessoas atendidas na enfermaria da Neurologia apresentam uma considerável rede de suporte familiar (70%), apenas 5% referiram não possuir uma rede de suporte familiar e 25% dos estudos sociais não continham informação. Porém, é importante contextualizar e problematizar essas informações, haja vista que a família é tida como a principal referência de cuidado não somente pelo usuário, mas também pela equipe multiprofissional que o acompanha. Nesse contexto, convém enfatizar que não é somente dever da família prover os cuidados a esse usuário, considerando que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990).

É importante ressaltar, que a patologia neurológica, na maioria das vezes, ocorre de maneira súbita, logo, esse primeiro contato com o diagnóstico acarreta diversos impactos para a vida do usuário, estendendo-se aos familiares, que agora tornam-se os principais cuidadores.

No que concerne aos 5% que não apresentam suporte familiar, é preciso ter cuidado em relação aos contextos em que essas ausências estão inseridas, considerando que nem sempre as famílias estão preparadas para lidar com uma nova realidade posta repentinamente. Frente a isso, conforme afirma Nogueira e Monteiro apud Freitas et al, (2013) “muitas vezes, as famílias acusadas de negligência, são, na verdade, extremamente negligenciadas pelo Estado”. Ou seja, são famílias fragilizadas acometidas pelas expressões da questão social.

Outrossim, foram identificados neste estudo, que entre as pessoas mais presentes no suporte familiar, destacam-se as mulheres: mães, esposas, filhas, avós, tias, primas, vizinhas, amigas etc. Fato esse que reforça a desigualdade

de gênero, quando esta é associada a cuidados, e o homem, à relações econômicas, políticas, culturais etc. (Euzébio e Rabinovichi, 2006). Ainda sob aspecto, em pesquisa relacionada ao cuidado como atribuição feminina, Guedes e Daros (2009) constataram que:

Às mulheres, ainda que exerçam atividades profissionais não vinculadas ao ato de cuidar, impõem-se a responsabilidade pelo cuidado de seus familiares ou porque estes se encontram em desenvolvimento (crianças e adolescentes) ou porque, em decorrência de avançados processos de envelhecimento ou adoecimento, necessitam de cuidados intensivos. As mulheres têm, portanto, na construção da sociabilidade burguesa, ampliada a teia de mediações que concorrem para o processo de alienação que coíbe a possibilidade de realização de projetos livres. Cuidar dos familiares, dos companheiros, em concomitância com as atividades sócio-ocupacionais, para cumprir normas historicamente criadas e interpretadas como inerentes à natureza feminina, tornam-se aspectos de uma realidade que tende a desprender-se de seus sujeitos e apresentar-se como eterna.

No que se refere ao acompanhamento dos usuários durante a internação na enfermaria, 55% dos usuários possuíam acompanhantes, esse dado indica que a maior parte dos usuários apresentava deficiência ou eram idosos. Pois, estas são condições legais asseguradas no Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015) e o Estatuto da pessoa Idosa (2003) para o direito ao acompanhante durante a internação hospitalar. Já 25% dos usuários não possuíam acompanhante, este dado pode sugerir algumas hipóteses: a não condicionalidade legal para o direito; opção do usuário em não ter acompanhante, já que é um direito e não obrigação dos familiares; e a dificuldade de alguns familiares manterem-se durante longo período no hospital, alguns residem em outros municípios e apresentam dificuldade financeira para o transporte, não podem ausentar-se do trabalho, possuem filhos pequenos etc. Outros 20% sem informação.

Em relação aos cuidados, observou-se que 65% dos pacientes declararam necessitar de algum tipo de suporte frente a essa nova condição de saúde. Nesse universo, 55% dos acompanhantes desses pacientes declararam dificuldades para prestar os cuidados no pós-alta, considerando que nem sempre os familiares encontram-se em boas condições socioeconômicas para suprir as necessidades de saúde apresentadas pelo membro da família. Ainda sobre essa realidade, 40% dos familiares que prestam cuidados, declararam

que necessitam de suporte de terceiros nesse processo. Todavia, inserem-se nesse cenário, as redes comunitárias desses usuários, consideradas por alguns, como extensão dos laços familiares.

Neste estudo, outro elemento considerado foi a renda familiar mensal, constituindo-se em 15% das famílias com rendimentos até 1 Salário Mínimo; 40% até 3 Salários Mínimos, 5% acima de 3 Salários Mínimos e 40% não tinham informação ou não informaram.

Outro aspecto importante a ser analisado refere-se a situação trabalhista dos usuários internados, entende-se que para garantia de algumas necessidades fundamentais à vida, a classe trabalhadora necessita vender sua força de trabalho. No entanto, o estudo demonstra que apenas 25% dos usuários possuíam trabalho formal, isto é, encontram-se respaldados pela Consolidação das Leis do Trabalho, outros 25% desempenhavam trabalho informal, 25% estavam desempregados, 15% não se aplica (devido a estarem aposentados), e 10% não detinham informações.

Sobre a situação previdenciária, verifica-se que a maioria dos usuários se encontravam segurados pela Previdência Social (55%), isto significa dizer, que os usuários estavam aptos a usufruir dos direitos previdenciários como aposentadorias, auxílios doença, dentre outros. Um dado preocupante está relacionado aos não segurados pela Previdência Social, dado equivalente a 35%, dessa forma, os usuários que estavam fora do mercado de trabalho formal ou não contribuíram de forma individual ou facultativa nos últimos doze meses não preenchem os critérios para acessar os benefícios da Previdência Social. Outros 10% dos estudos estavam sem informação.

Ao que se refere a situação assistencial o estudo aponta que 15% dos usuários são beneficiários do Programa Bolsa Família, este é destinado às famílias que vivem em situação de pobreza e de extrema pobreza. Apenas 5% dos usuários possuíam o Benefício de prestação Continuada (BPC). Nota-se que 55% não preenchem os critérios de elegibilidade, isso pode ser explicado por uma parte dos usuários estarem atrelados a Previdência Social ou possuir vínculo empregatício. Outros 25% sem informação.

Em relação ao tipo de domicílio dos usuários, o estudo revela que 85% dos usuários e suas famílias vivem em casas e 15% não possuíam

informações. Destas, 56% eram próprias, 30% alugadas e 15% sem informação. A porcentagem indicada de aluguéis (30%) é um dado preocupante, pois com o adoecimento do seu ente, os familiares poderão ter gastos extras para a manutenção do cuidado, e se o usuário não for segurado pela Previdência Social a família será ainda mais onerada, haja vista que não contarão com a renda obtida de trabalho informal, resultando em inúmeros prejuízos à família que, por ausência do Estado, é obrigada a se reorganizar e depender de apoio de terceiros. Prejuízos estes no campo financeiro, emocional e social. Sobre as dificuldades encontradas para acessar o seu domicílio, como por exemplo, escadas, ladeiras, dentre outras, 40% dos usuários identificaram alguma dificuldade para acessar o seu domicílio após a alta hospitalar, 30% informaram não possuir dificuldades para o acesso e 30% dos estudos sociais não tinham informação. A acessibilidade é uma das barreiras encontradas para a manutenção da independência dos usuários que após o adoecimento, podem enfrentar limitações ou incapacidades funcionais.

O Serviço Social em sua prática profissional realiza atendimentos aos usuários e seus familiares, com o objetivo de identificar as demandas sociais (que podem estar explícitas pelo próprio usuário ou estarem implícitas), competindo ao profissional desvendá-las, visando contribuir para a garantia do direito à saúde aos usuários. Demandas estas que muitas vezes extrapolam o setor saúde e exigem articulação com outras instituições e políticas sociais. Nesse contexto, identificamos que comumente estão relacionadas às necessidades de saúde e sobrevivência da classe trabalhadora, que serão refletidas nas unidades de saúde como, por exemplo, a dificuldade de adesão ao tratamento, por ausência do custeio dos medicamentos necessários ao tratamento em saúde, do transporte para o acesso regular a Unidade de Saúde, de arcar com equipamentos essenciais, como órteses, próteses e cadeira de rodas, entre outros.

Nesse sentido, de acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) “as ações que predominam no atendimento direto aos usuários são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas”. Desse modo, as orientações profissionais estão voltadas para: documentações de

representação civil dos usuários internados tais como: a Procuração e Interdição/Curatela; Orientações referentes ao transporte Gratuito para tratamento de Saúde; Medicação alto custo e insumos; equipamentos de saúde; Orientações Trabalhistas, Previdenciárias e Assistenciais.

III. CONCLUSÃO

Diante do panorama nacional, marcado por fortes retrocessos no âmbito das Políticas Sociais, e, por conseguinte, na Política de Saúde Pública, o presente estudo teve por escopo clarificar a importância de uma atuação profissional, tal qual enuncia o Décimo Princípio do nosso Código Ética Profissional (1993), comprometida com a “[...] a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” e que tenha como horizonte a integralidade das ações de saúde.

Ressalte-se que os assistentes sociais ao integrarem as equipes de saúde, possuem ângulos peculiares de observação/interpretação das condições de saúde do usuário, além de uma competência também diversificada para o encaminhamento de suas ações profissionais, diferenciando-se do médico, enfermeiro, e dos outros profissionais integrantes da equipe multidisciplinar. Esta atuação em equipe demandará que o profissional atenda-se aos Princípios Ético-Políticos, enunciados no Código de Ética Profissional (1993), na Lei de Regulamentação da Profissão (1993), e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996).

Destarte, ao longo de nosso estudo, buscamos evidenciar como questões que, em sua aparência fenomênica, não estariam interrelacionadas ao processo de adoecimento, na verdade, configuram-se intrínsecas a ele. Analisando os dados supracitados, percebe-se que para elaboração de propostas profissionais interventivas e efetivas, deve-se levar em conta, precipuamente, as condições objetivas/reais em que vivem os usuários, para

que nossas ações, munidas de tal conhecimento crítico, possuam mais consistência/consequência e estejam mais afinadas aos reais interesses e necessidades evidenciadas pela população usuária.

Nessa direção, a atuação profissional deve buscar transpor o caráter meramente emergencial e burocrático, além de denotar uma direção socioeducativa por intermédio da reflexão acerca das condições objetivas a que são submetidos os usuários dos serviços públicos de saúde, além do estímulo à mobilização dos mesmos, para a participação na luta pela garantia do direito à saúde pública e de qualidade.

Tomando como referência os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” (2010), a intervenção profissional assim orientada, deve primar pela democratização das informações por meio de orientações, individuais e coletivas, e encaminhamentos relacionados aos direitos dos usuários; a facilitação do acesso dos usuários aos serviços, assim como a busca pela garantia de direitos na esfera da Seguridade Social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; construção do perfil socioeconômico dos usuários, como vimos salientando neste trabalho, destacando as condições determinantes e condicionantes de saúde, objetivando a formulação de estratégias de intervenção, através da análise da situação socioeconômica e familiar da população usuária dos serviços de saúde; fortalecimento de vínculos familiares, na perspectiva de estimular o usuário e sua família a se tornarem partícipes do processo de promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde.

Por fim, ressaltamos a premência de uma atuação profissional compromissada com a defesa das Políticas Sociais e das Políticas Públicas de Saúde, a garantia dos direitos sociais da população usuária, o fortalecimento da participação, controle social e das lutas dos sujeitos políticos, além da contribuição à viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS), tal como está explicitado na Constituição de 1988 e nas Leis nº 8.080 e nº 8.142, bem como o próprio fortalecimento do Projeto Ético-Político Profissional.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, T. de S.; MACHADO NETO, C. D.; ARAÚJO, F. L. C. de; ASSIS, Samara Campos de. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 361-377, 2016. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16221.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

Disponível

em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 18 jun. 2018.

_____. **DATA SUS (causas mortalidade e internação).** Prevalência de doenças neurológicas em idosos. Disponível em:

<http://www.newsfarma.pt/noticias/4154-spavc-alerta-para-preval%C3%AAdas-das-doen%C3%A7as-neurol%C3%B3gicas-no-envelhecimento.html> Acesso em: 03 jun. 2018.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 18 jun. 2018.

_____. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS.** Jan/2004.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS.** Disponível em:

<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>
Acesso: 03 jun. 2018

_____. **Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999.** Tratamento Fora do Domicílio. Disponível

em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 03 jun. 2018

_____. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.

Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. In: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA NEUROLÓGICA, 32, 2017D. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.html>. Acesso em: 27 abr. 2018.

BRAVO, M. I. S. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** Campinas: Papel Social, 2013.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais (2). Brasília: CFESS, 2010. Disponível em:
<Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf >. Acesso em: 03 jul. 2018.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.622. 1993.

EUZEBIO, Carlos José Vidal e RABINOVICH, Elaine Pedreira. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com seqüela de Acidente Vascular Encefálico. **Temas Psicol**, v.14, n. 1, p. 63-79, 2006. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2006000100008. Acesso em: 06 jul. 2018.

GUEDES, Olegna; DAROS Michelli. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v.12, n.1, p.122-134, jul./dez. 2009.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Educação e deslocamento**. Resultados da amostra. Disponível em:
https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/545/cd_2010_educacao_e_deslocamento.pdf. Acesso em: 02 jul. 2018

_____. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade 1980-2050: Revisão 2008**. RJ: Brasília: IBGE, 2008. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv41229.pdf> Acesso em: 07 jul. 2018

GELINSKI, Carmen Rosario Ortiz G. ; MOSER, L. . Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. In: MIOTO, Regina Célia Tamaso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria. (Org.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015. p. 125-145.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília, 2012. Disponível em:
<http://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf> Acesso em: 07 jul. 18.

KNIHS, N da S; FRANCO, S. C; A Família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativas frente a esse cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**, v. 4, n. 2, p. 139-148, maio/ago. 2005.

MATTOS, R. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS R.A (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade e atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

MINAYO, Maria Cecília. O Conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In: JOVCHELOVITCH, Sandra, GUARESCHI, Predrinho (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

NOGUEIRA, Ana Cláudia; MONTEIRO, Maria Valéria. Família e Atenção em saúde: Proteção, Participação ou Responsabilização? In: SILVA, L; RAMOS, A. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013.