



O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: perfil dos usuários e trabalho interdisciplinar na área hospitalar

CUNHA, Carmen Lúcia Nunes da

RESUMO

Este relato de experiência é fruto do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no atendimento aos usuários da Unidade de Cuidados Especiais (UCE) em Acidente Vascular Cerebral (AVC) de um Hospital Universitário de Alta Complexidade em Porto Alegre. Tem como objetivo refletir sobre a atuação profissional do Serviço Social em equipe multiprofissional e apresentar o perfil dos usuários atendidos na Unidade. Pretende contribuir para a reflexão sobre o trabalho com famílias, um desafio cotidiano assumido pelo Assistente Social, um profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho que desempenha suas atividades mediando os interesses da instituição que o contratou e os usuários dos serviços prestados. Os dados apurados indicam que os usuários da UCE são, em sua maioria, idosos, residentes em Porto Alegre, têm como cuidadores no pós alta seus familiares, cônjuge ou filhos, com uma predominância do sexo feminino e sem nenhuma formação específica para o cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; Trabalho em Equipe; Saúde.



I. INTRODUÇÃO

Considerando a alta prevalência do Acidente Vascular Cerebral - AVC¹ e sua importância como causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo uma iniciativa do Ministério da Saúde foi à criação da Linha de Cuidados para o atendimento de doentes com AVC que deve articular a Rede Básica de Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, as Unidades Hospitalares de Emergência, os leitos de retaguarda, a reabilitação ambulatorial e os Programas de Atenção Domiciliar. Em Porto Alegre (RS), um hospital de alta complexidade, habilitado como Centro de Atendimento de Urgência, inaugurou, em 2013, uma Unidade de Cuidados Especiais (UCE) com 10 leitos de retaguarda para o atendimento dos usuários que ingressam na emergência do hospital por AVC. É uma proposta de trabalho em equipe interdisciplinar que envolve médicos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, técnicos de enfermagem, funcionários administrativos e estagiários de diversas áreas, com o objetivo de prestar uma assistência integral aos usuários internados.

Na realização deste trabalho em equipe partimos do entendimento de que a atuação interdisciplinar demanda a capacidade de, conforme Raichelis (2009), expor com clareza os ângulos particulares de análise e propostas de ações diante dos objetos comuns a diferentes profissões, cada uma delas buscando colaborar a partir do conhecimento e saber desenvolvido e acumulado pela sua área. Afirmação que vai ao encontro do que sustenta Yamamoto (2006) quando afirma que a perspectiva de atuação coletiva não leva à diluição das identidades e competências de cada profissão, ao contrário, exige maior explicitação das áreas disciplinares no sentido de convergirem para a consecução de projetos a serem assumidos coletivamente.

A equipe da UCE sabe que esta busca deve ser constante, é um horizonte que ainda não foi alcançado, pois o modelo de formação na área da saúde hospitalar ainda está pautado em disciplinas fragmentadas e especializações, um modelo que necessita ser superado para que se possa avançar na construção da interdisciplinaridade.

¹ Dados do Ministério da Saúde, disponíveis no Portal da Saúde indicam que o AVC, popularmente conhecido como derrame, é uma das principais causas de morte e de sequelas sendo registradas 68 mil mortes por AVC anualmente. A doença representa a primeira causa de morte e incapacidade no Brasil, o que gera grande impacto econômico e social. Por isso, o governo federal elaborou “A Linha de Cuidado do AVC” na Rede de Atenção às Urgências. Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil sem AVC. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>. Acessado em 10/03/2016.



II. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS (UCE)

A UCE dispõe de um assistente social que busca compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença construindo estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. O profissional atua no atendimento direto aos usuários realizando o acolhimento inicial, entrevistas para identificação das demandas e o acompanhamento das famílias durante o período de internação, articulando os recursos disponíveis na rede de saúde, assistência e previdência, entre outras. Participa dos rounds multiprofissionais diários subsidiando a equipe com informações sobre o contexto social, suporte familiar e demandas dos usuários, unindo as necessidades da equipe assistencial com as demandas e anseios dos usuários.

Entende-se que as constantes discussões interdisciplinares diárias, a troca de saberes e experiências tem um potencial educativo que pode se refletir numa assistência mais humanizada, um dos pressupostos do SUS. Além disso, participa semanalmente do grupo interdisciplinar de apoio aos usuários que sofreram AVC e seus familiares, onde contribui problematizando acerca dos direitos dos usuários e os fluxos para a vinculação destes aos serviços sociais e de saúde em seu território. Juntamente com os demais membros da equipe assistencial realiza campanhas institucionais de sensibilização dos fatores de risco do AVC e direitos dos usuários, e realiza capacitações para os funcionários da Instituição que atuam na equipe. Realiza supervisão de estagiários curriculares (obrigatórios e não obrigatórios), um compromisso da categoria com a formação profissional e missão da instituição. Organiza um Banco de Dados com informações sobre os atendimentos do Serviço Social na Unidade de forma que possa subsidiar pesquisas e/ou futuras intervenções.

É importante destacar que a proposta de trabalho do Serviço Social na UCE é de que todos os usuários que internam na Unidade passem por uma avaliação social logo no início da hospitalização com o objetivo de identificar já no começo as demandas dos usuários, pretendendo-se, desta forma, promover uma alta com maior qualidade, articulando a rede de serviços disponíveis no município de origem dos internados.



Os dados coletados nos atendimentos e sistematizados no Banco de Dados do Serviço Social nos permitem afirmar que em 2014 foram atendidos 345 usuários, sendo que destes apenas 6% tiveram alta sem a avaliação social. No ano de 2015 foram atendidos 302 usuários e o número de avaliações não realizadas subiu para 11%. No ano de 2016 houve uma diminuição no número atendimentos (258 usuários) ao mesmo tempo em que houve um aumento no número de usuários que tiveram alta sem avaliação do serviço social.

Dois fatores que contribuíram para esta situação foram: a) a complexidade das demandas que chegam para atendimento social, cada vez mais complexas, exigindo um tempo maior de dedicação do profissional aos usuários e suas famílias; b) a sobrecarga de trabalho do assistente social que não desempenha suas atividades exclusivamente nesta Unidade, embora a legislação assim oriente, pois atende outras equipes, seja por busca espontânea dos usuários, encaminhamento dos médicos, enfermeiros, ou solicitação, por consultoria, de outras categorias profissionais da Instituição.

Sabe-se que o Assistente Social, enquanto trabalhador assalariado, depende de uma relação de compra e venda de sua força de trabalho especializada em troca de um salário, com instituições que demandam, ou requisitam o trabalho profissional (IAMAMOTO, 2007, p. 70). Todavia com a precarização das condições de trabalho estes são chamados a interferir em múltiplas demandas, causando uma sobrecarga de trabalho devido à intensa demanda que chega cotidianamente para atendimento. Tal fato acaba interferindo na qualidade do vínculo estabelecido com os usuários e suas famílias e na capacidade de resposta as suas necessidades, pois o profissional não tem um tempo adequado para avaliar cada uma das situações que chega. Soma-se a isso o fato de que as demandas não se apresentam de imediato e requerem sucessivas aproximações para que possam ser desvendadas.

III. PERFIL DOS USUÁRIOS

A grande maioria dos usuários (89,5%) atendidos na UCE é idoso, com idades que variam entre 60 e 95 anos, confirmando os dados do IBGE de que o perfil demográfico do país está cada vez mais envelhecido.



Dentre os atendidos 56% são mulheres o que corrobora o fato de que a expectativa de vida das mulheres é superior à dos homens, conforme dados do IBGE para o Rio Grande do Sul que apontam que a expectativa de vida ao nascer para os homens é de 71,9 anos, enquanto que a das mulheres chega há 79,3 anos.

As informações mostram que os usuários residem em famílias que possuem em média três pessoas, confirmando que o número médio de filhos por família vem caindo ano a ano. Se em 1960 tínhamos em média 6,3 filhos por mulher, em 2010 esse número caiu para 1,9.

Outro aspecto que se observa é que há um crescimento significativo da população de idosos que hoje reside sozinho, seja por vontade própria, ausência de vínculos familiares ou inexistência de familiares que se responsabilizem pelo cuidado. Nota-se também que há um aumento do número de idosos que são cuidados por idosos.

Sabe-se que o crescimento da população idosa indica um maior número de pessoas com a saúde frágil e dependência de cuidados, demanda que geralmente é assumida pela família que necessita recorrer aos serviços de saúde e a recursos próprios para dar conta da atenção. Segundo Mito (2010), pode-se dizer, a “grosso modo”, que existem na atualidade duas tendências em disputa nesse campo, denominadas de proposta familista e proposta protetiva.

A ideia central da proposta familista reside na afirmação de que existem dois canais tidos como naturais para a satisfação das necessidades dos indivíduos: a família e o mercado. A interferência pública só deverá acontecer, e de maneira transitória, quando estes dois canais falharem. Nesta concepção a incorporação da família na política social traz embutida a ideia de falência da família. A perspectiva familista é entendida como a perspectiva em que a política pública deposita nas famílias a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros, o que corresponde a uma menor provisão por parte do Estado e uma forte presença do mercado.



Analisando as famílias desde seus promórdios percebe-se que houve uma mudança significativa em sua composição, há uma multiplicidade de arranjos familiares (família nuclear tipo casal com filhos, famílias monoparentais, famílias homoafetivas), porém a responsabilidade pelo cuidado de seus membros foi sendo cada vez mais intensificada ao longo dos anos pelas políticas públicas, marcando em descompasso entre as transformações existentes na estrutura familiar e a forma como o Estado, através das políticas sociais, vem respondendo estas questões.

Carvalho e Lima (2012) sublinham que implementar políticas públicas com a centralidade na família não significa desresponsabilizar o Estado de sua função protetiva, mas resgatar e valorizar o papel da família como instituição base da sociedade, merecedora de especial atenção estatal. No entanto, em face do atual modelo econômico no país onde a função protetiva do Estado é cada vez mais reduzida, ocorre, em consequência, uma fragilização na implementação das políticas públicas, deixando claro um distanciamento entre o formatado legalmente e o de fato garantido.

Quando ao local onde residem os usuários da UCE observa-se que em 2014 eram, em sua maioria, oriundos de Porto Alegre (49%), Região Metropolitana (22%) e interior do Estado (26%). Apenas 3% vieram de outros Estados. Analisando os dados de 2016 vemos que estes números mudaram significativamente, pois hoje 70% são moradores de Porto Alegre, 24% são provenientes da Região Metropolitana e apenas 6% vêm do interior do Estado. Acredita-se que esta modificação ocorreu devido à regulação dos serviços pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre que acabou direcionando os atendimentos de urgência e emergência em AVC para os serviços de referência dos usuários em sua região.

Com relação aos cuidadores os dados e a observação diária permite inferir que há uma predominância de cuidadores do sexo feminino e que na maioria dos casos o cuidador principal é um dos membros da família (filhos ou cônjuge) que reside no mesmo endereço do usuário. São cuidadores informais que não tiveram uma formação específica para cuidar, mas aprenderam na prática tomando conta de outros familiares. Alguns se dedicam em tempo integral ao familiar adoecido, durante os sete dias da semana, sem folga e sem férias.



A literatura aponta que muito frequentemente a responsabilidade dos cuidados domiciliares recai sobre um único indivíduo da família gerando uma sobrecarga e estresse no cuidador. Os estudos de Baptista (2012) indicam que para prevenir o possível adoecimento dos cuidadores é importante a participação dos profissionais de saúde procurando promover a corresponsabilidade de todos os membros da família para a divisão harmônica das tarefas do cuidado.

Neste sentido, um dispositivo utilizado pela equipe da UCE é o grupo de apoio aos familiares dos usuários que sofreram AVC, um espaço semanal que reúne os profissionais da equipe assistencial, pacientes que estejam em condições de sair do leito e seus familiares. É um espaço de troca e escuta onde os profissionais repassam informações sobre a doença, orientam e tiram as dúvidas da família, permitindo que através do compartilhamento de experiências as famílias aprendam e ensinem a arte do cuidar.

Freitas (2007) ao pesquisar sobre o atendimento ao idoso acamado descreve o grupo como um dispositivo encontrado pela equipe para “cuidar do cuidador”, um espaço onde se problematiza coletivamente o processo de “cuidar do outro”, promovendo a organização de estratégias para o cuidado e o incentivo ao cuidado de si mesmo. Nestes grupos é possível conversar sobre as boas experiências e também falar sobre as angústias, medos e dificuldades. As pessoas do grupo formam uma rede de apoio, uma vez que todos estão unidos pelo mesmo motivo.

Outro elemento que o Banco de Dados no permite conhecer são as demandas que chegam ao Serviço Social. Neste sentido, podemos afirmar que as demandas que mais se repetem são: identificar na família quem será o responsável pelo cuidado do usuário no pós alta; identificar e vincular o usuário a sua unidade de saúde de referência em seu território de origem; orientar as famílias e encaminhar os usuários para Instituições de Longa Permanência para Idosos; encaminhar as famílias para o CREAS, CRAS e Programa Melhor em Casa; orientar formas de acesso a materiais, tais como, cama hospitalar, cadeira rodas e banho, aspirador, fraldas, frascos e equipo; repassar orientações gerais do INSS, auxílio doença, aposentadoria e BPC; encaminhar a Defensoria Pública para solicitação de interdição, medicamentos e clínicas e/ou geriatrias.



IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que conviver com uma doença crônica como o AVC exige do usuário mudanças físicas, psicológicas e sociais, mudanças que precisam ser enfrentada tanto pelo usuário internado quanto pelas famílias que cada vez mais se encontram fragilizadas pelo processo de desmonte das políticas sociais, ao mesmo tempo em que veem crescer, paradoxalmente, sua responsabilidade como mecanismo de proteção social dos integrantes adoecidos.

Trabalhar com estas famílias é um desafio constante assumido pelo Assistente Social, um profissional assalariado que vende sua força de trabalho em troca de salário e que está inserido na divisão social e técnica do trabalho, desempenhando suas atividades mediando os interesses entre a instituição que o contratou e os usuários dos serviços prestados. Este profissional tem distintas habilidades e competências em sua formação que são acionadas nos atendimentos às famílias e no trabalho em equipe, contribuindo com ângulos específicos de observação, interpretação da realidade e encaminhamento das demandas dos usuários.

Neste sentido, sabe-se que muitos são os desafios para que se alcance uma integração interdisciplinar na saúde hospitalar, não se tem a pretensão de esgotar o assunto neste artigo, pelo contrário, pretende-se que sirva, quiçá, como ponto de partida para futuras pesquisas e debates, lançando luz sobre um espaço de atuação profissional que possibilita outras formas de intervenção na área da saúde.



REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Bruna Olegário; BEUTER, Margrid; GIRARDON-PELINI, Nara Marilene Oliveira; BRONDANI, Cecília; BUDO, Maria Denardin; SANTOS, Naiana Oliveira. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, RS, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100020&script=sci_arttext. Acesso em 23/08/2012.

CARVALHO, L.F.M.; LIMA, A.J. A Proteção Social e a Família na Realidade Brasileira. IN: LIMA, A. J. Políticas Públicas e Cidadania: temas em debate. Teresina: EDUFPI, 2012.

FREITAS, Ivani Bueno de Almeida; MENEGHEL, Stela Nazareth; FERLA, Alcindo Antônio. Atendimento Domiciliar ao Idoso Acamado: integralidade do cuidado a partir da experiência de uma unidade básica de saúde. In: Envelhecimento, saúde e políticas públicas. HERÉDIA, Vânia B. M. (org). Caxias do Sul, Educs, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As dimensões ético-políticas e teórico metodológicas no Serviço Social contemporâneo. IN: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2006. Disponível em <http://www.funorte.com.br/files/servico-social/04.pdf>. Acessado em 03/05/2015.

MIOTO, R. C. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. Palestra proferida na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Serviço Social em Revista, Londrina, v. 12, nº 2, p. 163-176, Jan./Jun. 2010.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. IN: CFESS/CRESS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: ABPESS, 2009. Disponível em https://www.unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto_Raquel_Raichelis.pdf. Acessado em 02/06/2015.