

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: DEMANDAS DE HOMENS IDOSOS APRESENTADAS AO SERVIÇO SOCIAL



Eli Fernanda Brandão Lopes
Lena Lansttai Bevilaqua Menezes
Edivania Anacleto Pinheiro Simões
Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis

Eli Fernanda Brandão Lopes
Lena Lansttai Bevilaqua Menezes
Edivania Anacleto Pinheiro Simões
Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: DEMANDAS
DE HOMENS IDOSOS APRESENTADAS AO SERVIÇO SOCIAL

1ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Lopes, Eli Fernanda Brandão
L826R RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS: DEMANDAS DE HOMENS IDOSOS APRESENTADAS AO SERVIÇO
SOCIAL / Eli Fernanda Brandão Lopes. Lena Lansttai Bevilaqua Menezes. Edivania Anacleto Pinheiro
Simões. Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2023

70 f.: il

DOI: 10.37423/2023.edcl734

ISBN: 978-65-5367-299-4

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. serviço-social 2. necessidade-e-demanda-de-serviços-de-saúde 3. saúde-do-homem I. Lopes, Eli
Fernanda Brandão II. Menezes, Lena Lansttai Bevilaqua III. Simões, Edivania Anacleto Pinheiro
IV. Assis, Maria de Fátima Bregolato Rubira de V. Título

CDU: 360

<https://doi.org/10.37423/2023.edcl734>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

MSc Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Wesley Pacheco Calixto

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

MSc Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

MSc Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio



10.37423/2023.edcl734



O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.”

(Robert Collier)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos.

Aos meus pais e irmãos, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

As minhas professoras Maria de Fátima BregolatoRubira de Assis e

Edivania Anacleto Pinheiro Simões por terem sido minhas orientadoras e ter desempenhado tal função com dedicação, amor e amizade, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado. E agradeço a minha amiga Lena Lansttai Bevilaqua Menezes pela parceria de sempre e pela grande amizade.

Resumo: O Serviço Social desde sua gênese, considerando a dinamicidade da realidade social, sofreu diversas transformações ao longo de sua trajetória, assim como as demandas apresentadas pelos usuários também sofreram transformações ao longo do tempo. O presente artigo tem como objetivo identificar quais foram às demandas apresentadas pelos pacientes idosos do sexo masculino com referência no instrumental “Ficha de Sinalização de Demandas” utilizado pelo Serviço Social compreendendo o período de 2014 a 2018 na Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião no município de Campo Grande/MS. Como metodologia foi utilizado o estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e de análise documental. O homem idoso e o seu processo de envelhecimento é um tema pouco estudado, apresentando uma literatura escassa, sendo de suma importância a compreensão das demandas advindas deste público para que o SUS implemente ações de saúde direcionadas à absorver-las.

Palavras-chave: Serviço Social; Necessidade e Demanda de Serviços de Saúde; Saúde do Homem; Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

A saúde sempre foi um campo fértil para a atuação do Serviço Social, a profissão, desde seu primórdio, é requisitada a responder as demandas advindas deste setor, tendo a década de 40 sido marcada pela maior inserção do Assistente Social neste campo. Porém a sua regulamentação como profissional da saúde, só ocorreu ao final da década de 90 com a Resolução 218, de 1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e com Resolução nº 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que caracteriza o assistente social como profissional de saúde (BRASIL, 1997; CFESS, 1999).

Buscando um maior aperfeiçoamento dos profissionais da saúde que atuam diretamente no Sistema Único de Saúde (SUS), incluído o assistente social, sugem as Residências Multiprofissionais, que representam uma nova alternativa para a formação de profissionais qualificados para assistência à saúde, uma estratégia que atua diretamente na formação e desenvolvimento do trabalhador da área saúde.

O Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (PREMUS-CCI) consiste em um programa de pós-graduação *lato-sensu*, que tem como área de concentração a “Atenção à Saúde do Idoso”. Promove capacitação de profissionais da saúde das áreas de Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, e Enfermagem, através da formação em serviço, tendo como objetivo promover atenção integral à saúde do idoso com perda das funcionalidades, possibilitando o tratamento, reabilitação por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional (UFMS, 2018).

A perspectiva da interdisciplinaridade é uma proposta que vem alterando os currículos dos modelos de formação acadêmica e profissional em suas competências, garantindo assim uma ação profissional menos fragmentada que propicia a visão da integralidade da assistência em saúde.

O campo de prática desta Residência Multiprofissional é a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) no pavilhão Don Aldo Rabino, localizado nas dependências do Hospital São Julião (HSJ) no município de Campo Grande-MS.

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI), segundo Pinheiro (2017), consiste em um cuidado intermediário entre cuidado hospitalar de agudo e atenção primária em saúde. Desenhado inicialmente para o atendimento do público idoso, visando enfrentar os desafios postos pela situação geradora de pacientes crônicos e de convalescença. Sendo estes cuidados prestados por equipe multiprofissional, com troca de informações e ações conjuntas, práticas que colaboram para o

atendimento humanizado, possibilitando “o apoio das famílias no suporte à promoção, recuperação e manutenção do conforto e qualidade de vida dos idosos nessa situação”(PINHEIRO, 2017, p. 17).

A equipe multiprofissional que atende a UCCI é composta por: Assistente Social, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Diante deste conjunto de profissionais de diversas áreas, que trabalhando em equipe buscam a recuperação, reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social do paciente, destaca-se nesta pesquisa o assistente social.

O Serviço Social desde sua gênese passou por diversas modificações, que contribuíram para que o assistente social transformasse a finalidade de sua ação, elaborando “novas respostas às demandas da realidade concreta que lhes foi apresentada” (SANTO; SILVA, 2015, p. 14).

Por conseguinte, não foi somente na profissão que ocorreram mudanças, pois as demandas apresentadas pelos usuários também sofreram transformações ao longo do tempo. Os assistentes sociais segundo Silveira e Silva (2018, p. 108) “são formados para atuar em qualquer espaço sócio-ocupacional onde as demandas se apresentem”. O Serviço Social, profissão de caráter generalista, atua no trato específico das “demandas inerentes à determinação social da saúde e doença”, apresentando respostas as demandas advindas área da saúde, frutos da produção social na doença (SILVEIRA e SILVA, 2018, p. 102).

As demandas apresentadas por homens idosos é uma temática pouco estudada, sendo de fundamental importância a realização de estudos das demandas advindas do envelhecimento da população masculina, para construção de políticas públicas de saúde que atendam as necessidades e especificidades deste público.

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde de 2015, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), aponta segundo Bibiano et al. (2019, p. 2275) que as demandas ocasionadas pelo o envelhecimento populacional necessitam de “resposta abrangente da saúde pública”, porém as discussões sobre a temática se mostram escassas e as evidências limitadas, sendo ainda mais gravosa em relação ao envelhecimento masculino, apresentando um número reduzido de estudos.

Pensando na saúde do homem, em suas necessidades e especificidades, surge em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com vistas à “orientação à população masculina e aos familiares para promoção e prevenção dos agravos e enfermidades do homem”(MENDONÇA; ANDRADE, 2010, p. 225).

Para Mendonça e Andrade (2010) a saúde do homem passa a ser estudada em uma perspectiva cultural da masculinidade hegemônica, de comportamento de risco socialmente construída, onde o é homem visto como ser viril e a doença como fragilidade do público feminino, desta forma o homem procura menos o serviço de saúde, tendo hábitos de prevenção quase nulos, ficando à margem das ações de saúde destinada geralmente a públicos específicos como gestante, mulheres, idosos e crianças.

As demandas trazidas ao Serviço Social do PREMUS-CCI, pelos pacientes homens idosos em atendimentos na modalidade de serviço CCI, no HSJ, são anotadas no instrumental técnicooperativo denominado “Ficha de Sinalização de Demandas” (FSD). Neste instrumento, utilizado pelo assistente social, são registradas as demandas e intervenções profissionais realizadas, além do motivo de saída deste paciente do serviço, que podem ser: Alta CCI, Alta a pedido, Transferência, Óbito, e Outros.

Diante do exposto o presente trabalho tem como objetivo identificar quais foram às demandas apresentadas pelos pacientes idosos do sexo masculino internado em UCCI do HSJ, com referência no instrumental FSD utilizado pelo Serviço Social, compreendendo o período de 2014 a 2018, realizando a categorização das demandas presentes no instrumento FSD em política públicas e sociais.

METODOLOGIA

A presentepesquisa trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e de análise documental, realizado durante o período de residência no PREMUS-CCI, em UCCI do HSJ, localizado na cidade de Campo Grande/MS. O estudo foi aprovado em seus aspectos éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de mato Grosso do Sul, sob o Parecer nº 3.789.889/2019 e CAEE nº 22858919.9.0000.0021.

O objeto da pesquisa em questão foi a FSD anexada aos prontuários dos pacientes que estiveram internados em UCCI de 2014, início da Residência Multiprofissional, até o ano de 2018, abrangendo os atendimentos da 1ª a 5ª turma da Residência. Por se tratar de um estudo retrospectivo somente foram analisados os prontuários no caso dos pacientes que estiveram internados no ano de 2018, os que receberam alta hospitalar até dezembro do mesmo ano.

A escolha do paciente idoso deu-se pelo fato do PREMUS-CCI ter como área de concentração a “Atenção à Saúde do Idoso” e a escolha pelo sexo masculino ocorreu devido à maior parte dos pacientes atendidos em UCCI serem do sexo masculino, e as pesquisas apontarem fragilidades existentes em relação ao acesso de serviços de saúde da atenção primária pela população masculina.

População que possui uma maior taxa de morbimortalidade, e adentram o sistema de saúde por meio da urgência e emergência, quando já se tem o agravamento do seu quadro clínico (BRASIL, 2008).

Foram incluídos na pesquisa:

- Prontuário de pacientes com idade igual ou maior que 60 anos;
- Do sexo masculino;
- Internados em UCCI-HSJ;
- Período de internação de janeiro/2014 a dezembro/2018;
- Receberam alta médica hospitalar ate dezembro/2018.

Foram excluídos da pesquisa os prontuários de pacientes atendidos em UCCI no período de janeiro/2014 a dezembro/2018:

- Do sexo feminino de qualquer idade;
- Do sexo masculino com idade igual ou inferior a 59 anos;
- Que tiveram alta por motivo de transferência ou óbito;
- Que tenham evadido do tratamento ou tenham feito alta a pedido;
- Cuja FSD estava ilegível ou em branco;
- Que não tiverem a FSD anexada ao prontuário

No intervalo de tempo entre os anos de 2014 a 2018, foram internados em UCCI do HSJ 574 pacientes, de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias. No referido período, após uma análise inicial feita através do Sistema Wareline, sistema de gestão de informações utilizado pelo hospital, foram identificados 119 pacientes do sexo masculino com o perfil de acordo com os critérios de inclusão/exclusão propostos para esta investigação.

Após a abertura dos prontuários para realização da coleta de dados secundários, identificou-se mesmo após a triagem feita inicial realizada pelo Sistema Wereline, quatro prontuários eram de pacientes do sexo masculino não idosos, um prontuário era de paciente do sexo feminino e 22prontuários estavam sem a FSD anexada.

Ano Estudado	População Atendida*	Prontuário sem a FSD**	Prontuário de paciente não idoso**	Prontuário de paciente do sexo feminino**
2014	02 pacientes	2prontuários	0 prontuários	0 prontuários
2015	08 pacientes	4prontuários	0 prontuários	0 prontuários
2016	38 pacientes	12 prontuários	4 prontuários	1 prontuários
2017	40 pacientes	2prontuários	0 prontuários	0 prontuários
2018	31 pacientes	2prontuários	0 prontuários	0 prontuários
Total	119 pacientes	22 prontuários	4 prontuários	1 prontuários

* População do estudo após triagem realizada pelo Sistema Wereline considerando os critérios de inclusão/exclusão para este estudo (119 pacientes);

** Prontuários que após sua abertura constatou-se: não ter a Ficha de Sinalização de Demandasanexada, ser paciente não idoso ou paciente do sexo feminino.

O levantamento das demandas foi realizado através da coleta de dados por meio do banco de dados, desenvolvido pelas pesquisadoras, para sistematização dos mesmos, através do programa Microsoft Excel®, sendo coletadas 28 variáveis presentes na FDS (Anexo-A), sendo elas: cadeira de rodas; cadeira de roda para banho; andador; colchão de ar; muleta; fralda; órtese auditiva, órtese oftalmológica; transporte urbano; transporte social; benefício assistencial; benefício previdenciário; tarifa social-Enersul; tarifa social-Águas; inclusão em programas sociais, inclusão em programas habitacionais, documentos; procuração; curatela; medicamentos; adaptação no domicílio; solicitação de licença; visita assistida; permanência do cuidador; assistência religiosa; contato com a rede sócio-sanitária para manutenção do atendimento; acompanhamento da rede social pós alta; outros.

Anexo A- Ficha de Sinalização de Demandas



AARH - Hospital São Julião
Fone: (67) 3358-1500 Fax: (67) 3358-1555
E-mail: saojuliao@saojuliao.com.br



**CUIDADOS
CONTINUADOS
INTEGRADOS**

SINALIZAÇÃO DE DEMANDAS

Nome: _____					
Demandas: _____			Conduta: _____		
Cadeira de rodas					
Cadeira de banho					
Andador					
Colchão de ar					
Muleta					
Fralda					
Órtese auditiva					
Órtese Oftalmológica					
Medicamentos					
Transporte urbano					
Transporte Social					
Benefício assistencial					
Benefício previdenciário					
Documentos					
Procuração					
Curatela					
Adaptação no domicílio					
Tarifa social-Enersul					
Tarifa social-Águas					
Solicitação de licença					
Visita assistida					
Permanência do cuidador					
Assistência religiosa					
Contato rede sócio-sanitária					
p/ manutenção do atendimento					
Inclusão em Programas sociais					
Habitacionais					
Acompanhamento da rede social pós alta					
Outros					
Motivo da Saída	Alta CCI	Alta a pedido	Transferência	Óbito	Outros

Os dados identificados tiveram as variáveis presentes na FSD, condicionadas em categorias de políticas públicas sociais. Sendo a categorização das demandas políticas públicas sociais, realizada através de revisão de literatura.

Na análise dos resultados, as variáveis foram tabuladas e interpretadas por meio de estatísticas descritivas. Para tanto, o programa Microsoft Excel®, foi utilizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi constituída por 92 prontuários de pacientes homens idosos, atendidos em UCCI entre os anos de 2014 e 2018, com as seguintes faixa etárias 60 a 69 anos (58,69%), 70 e 79 anos (27,17%), 80 e 89 anos (11,95%) e acima de 90 anos (1,08%), sendo a maioria casados (51,08%), com ensino fundamental (52,08%), auferindo renda de até um salário mínimo (65,21%), em percepção de benefícios previdenciários (52,08%), e benefícios assistenciais (23,08%), com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral/AVC (73,91%).

O perfil da morbimortalidade masculina no Brasil evidencia que mortalidade por doenças do aparelho circulatório no ano de 2009, teve como a segunda causa a principal de óbitos o AVC, não sendo especificado como hemorrágico ou isquêmico (BRASIL, 2018). Entre os fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, apresentados entre homens de 18 e 54 anos de idade, em 2010, estão os diagnósticos médicos de hipertensão arterial, dislipidemias, excesso de peso e obesidade, tabagismo e etilismo. As internações de homens, com idade entre 20 e 59 anos, em 2009, por doenças do aparelho circulatório alcançou o número de 2.624 caindo para 2.503 internados em 2015 (MOURA, 2012).

O perfil da situação de saúde do homem no Brasil revela que:

As diferenças de morbi-mortalidade entre homens e mulheres são amplamente conhecidas: os homens morrem mais cedo, morrem principalmente por causas externas (acidentes e violências), são mais suscetíveis às doenças cardiovasculares, possivelmente pelos comportamentos de risco mais frequentes, procuram menos os serviços de saúde, por limitação de tempo e, principalmente, pela falsa autopercepção da sua infalibilidade física e mental (MOURA, 2012,p.9).

Em 2009, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 29,0% do total de óbitos dos homens no Brasil, sendo mais marcante em indivíduos com 40 anos de idade ou mais, a faixa etária de 50 a 59 anos, atingem 290 óbitos por 100 mil habitantes. De acordo com a OMS as doenças do aparelho circulatório, contabilizaram por mais de 36 milhões de óbitos em 2008, sendo mais de nove milhões destes óbitos ocorreram em indivíduos com menos de 60 anos e poderiam ter sido evitadas com medidas de controle e prevenção (MOURA, 2012; BRASIL, 2018).

As demandas dos pacientes idosos do sexo masculino, atendidos pelo assistente social em UCCI, entre 2014 e 2018 e sinalizadas na FSD, estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Demandas dos homens idosos atendidos em UCCI entre 2014 e 2018 sinalizadas no instrumental FSD (Ficha de Sinalização de Demandas) utilizado pelo Serviço Social. Campo Grande - MS, Brasil, 2019. (N=92)

Demandas	N	%
Cuidador Permanente	63	68,47%
Cadeira de Rodas	48	52,17%
Cadeira de Rodas para Banho	47	51,08%
Andador	7	7,60%
Colchão de Ar	3	3,26%
Muleta	2	2,17%
Fralda	9	9,78%
Medicamentos	8	8,69%
Órtese auditiva	0	0%
Órtese Oftalmológica	0	0%
Adaptação no Domicílio	39	42,39%
Solicitação de Licença (saída autorizada do paciente internado no HSJ)	8	8,69%
Visita Assistida	9	9,78%
Assistência Religiosa	9	9,78%
Acompanhamento na Rede Social Pós-alta	16	17,38%
Transporte Urbano (passe livre)	1	1,08%
Transporte Social (ofertado pelo HSJ)	16	17,39%
Benefício Assistencial	5	5,43%
Tarifa Social-Enersul	1	1,08%
Tarifa Social-Águas Guariroba	1	1,08%
Inclusão em Programas Sociais	2	2,17%
Inclusão em Programas Habitacionais	1	1,08%
Documentos	7	7,60%
Benefício Previdenciário	15	16,30%
Procuração	1	1,08%
Curatela	9	9,78%
Contato com a Rede Socio sanitária Para	22	23,90%
Manutenção do Atendimento		

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

As demandas identificadas pelo assistente social, não constante nos campos presentes FSD, são sinalizadas pelo profissional no campo “Outros” do instrumento. Entretanto, notou-se nesta pesquisa que algumas demandas sinalizadas no campo “Outros” poderiam ter sido assinaladas em campos específicos da respectiva FSD.

As demandas identificadas pelo assistente social e sinalizadas no campo “Outros” encontram-se sintetizadas e descritas na tabela 2.

Tabela 2. Demandas dos homens idosos atendidos em UCCI entre 2014 e 2018 descritas no campo Outros do instrumental FSD (Ficha de Sinalização de Demandas) utilizado pelo Serviço Social. Campo Grande - MS, Brasil, 2019. (N=92)

Demandas	N	%
Bengala	14	15,21%
Órtese Membro Superior	1	1,08%
Cama Hospitalar	1	1,08%
Articulação FUNCRAF* (Órtese auditiva)	1	1,08%
Majoração de 25%/ sob Aposentadoria por Invalidez	1	1,08%
Declaração Médica p/Acompanhante	1	1,08%
Declaração Médica	1	1,08%
Defensoria Pública	1	1,08%
Suporte Social	1	1,08%
Prova de Vida	1	1,08%
Programa de hipertensão (Programa Hiperdia)	1	1,08%
Transferência Cartão SUS/Orientação	4	4,34%
Reunião com Familiares	3	3,26%
Passeio Terapêutico	5	5,43%
Exame de Próstata/Orientação	1	1,08%
Contato com a CASAI (Casa de Apoio a Saúde do Índio)	1	1,08%
Contato com a Secretaria de Saúde do Interior	1	1,08%
Dieta Enteral e Suplementos	4	4,34%
Articulação Intersetorial /ASSETUR**/Orientação/Gratuidade no Transporte	2	2,17%
Inserção CadÚnico/Articulação com CRAS* **	2	2,17%
*Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais		
**Associação das Empresas de Transporte Coletivo Urbano		
***Centro de Referência de Assistência Social		

Observa-se que a demanda de cuidador permanente ocupa 68,47% das demandas dos pacientes homens idosos atendidos em UCCI, isto se dá pelo fato que um dos objetivos proposto pelo serviço em CCI consiste na continuidade dos cuidados no domicílio do paciente, que ocorrerá por meio da contrarreferência para a Atenção Primária, e por meio da orientação e treinamento do cuidador, sendo que este será instruído para que possa prestar os cuidados ao idoso de forma mais adequada, ao “efetuar as trocas de fraldas, banho, mudanças de decúbito, transferência, prevenção de quedas, nutrição, administração de medicamentos, curativos e demais cuidados que o idoso venha a necessitar no seu domicílio”(LOPES et al., 2020, p.50).

A figura do cuidador, em relação ao idoso, surge quando ocorre a perda das capacidades e funcionalidades, provocadas pelo próprio processo de envelhecimento, por agudização de doenças crônicas ou algum evento agudo, advém uma situação de dependência, onde o idoso passa a necessitar de auxílio nas atividades de vida diária. Podendo este cuidador ser um familiar ou um

cuidador formal contratado (KOBAYASI et al., 2019). Sendo o assistente social chamado a atuar na corresponsabilização da equipe de saúde, do cuidador e do paciente no seu próprio cuidado.

A viabilização de dispositivos auxiliares de locomoção, equipamentos e insumos são demandas em evidência no atendimento realizado pelo assistente social ao pacientes idosos internados em UCCI. A cadeira de rodas figura em 52,17% das demandas, seguidos da cadeira de rodas para banho com 51,08%, bengala 15,21%, andador 7,60%; muleta 2,17%, órtese de membro superior 1,08%, fralda 9,78%, medicamentos 8,69%, dieta enteral/suplementos 4,34%, colchão de ar 3,26%, cama hospitalar 1,08% e articulação FUNCRAF (órtese auditiva) 1,08%.

Estas demandas, para serem atendidas, necessitam de grande articulação intra e intersetorial por parte do assistente social. No caso dos dispositivos de cadeira de rodas, cadeira de rodas para banho, bengala, andador; muleta e órtese de membro superior é necessário que o profissional fisioterapeuta faça a solicitação dos dispositivos via SISREG (Sistema de Regulação) ao CER/APAE (Centro Especializado em Reabilitação e Oficina Ortopédica da APAE).

Esta solicitação é entregue ao assistente social que fará sua viabilização, sendo necessário para tanto que o assistente social articule esta ação com o profissional médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo, juntamente com o Setor de Transporte do HSJ e CER/APAE.

À vista disso, percebe-se a intersetorialidade no plano da assistência à saúde como a ressignificação das práticas e ações em saúde, possibilitando a construção coletiva dos processos de trabalho. Para Miotto e Nogueira (2010) a intersetorialidade propicia o atendimento das necessidades em uma visão integrada dos problemas sociais, tendo a “qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde”. (MIOTTO; NOGUEIRA, 2010, p. 231)

O assistente social acompanhando todo o processo, realizando as orientações ao paciente/cuidador/familiar, até que seja disponibilizado o dispositivo ao paciente, garantindo desta forma o expresso pela Portaria nº 116, de 9 de setembro de 1993, do Ministério da Saúde, que institui como direito do paciente a concessão equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia, assim como sua adaptação e treinamento para utilização dos equipamentos em unidades públicas de saúde (BRASIL, 1993). Sendo posteriormente incluído, pela Portaria nº 1.272, de 25 de junho de 2013, os procedimentos de cadeiras de rodas e adaptação postural em cadeira de rodas, incluindo a cadeira motorizada, na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM)” do SUS (BRASIL, 2013).

No caso das demandas de fralda, dieta enteral/suplementos e medicamentos sendo estes de alto custo ou medicamento não disponibilizados pelo SUS, encontrando-se o paciente e sua família sem os meios necessários para sua aquisição, faz-se necessário a atuação do assistente social que orientará quanto ao processo de judicialização, tendo em vista a saúde como direito universal e gratuito sob responsabilidade do Estado, conforme previsto no art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Esta ação necessita confecção de laudo médico, apontando a necessidade do uso de fralda, medicamento, dieta e suplemento, neste último caso necessário laudo do nutricionista, em alguns casos necessita de relatório social realizado pelo assistente social. E preenchimento, pelos profissionais, do questionário judicial fornecido pela Defensoria Pública, em ambos os casos.

Os laudos devem ser levados pelo cuidador/familiar do paciente a SESAU e Casa da Saúde, que fornecerá as devidas negativas por escrito, que devem ser adicionadas à três orçamentos, de cada um dos itens que se pleiteia judicializar, sendo estes realizados também pelo cuidador/familiar. Feito isto, o assistente social orientará o cuidador/familiar a procurar a Defensoria Pública em posse das negativas, dos orçamentos, dos questionários preenchidos pelos profissionais, e dos documentos pessoais do paciente, para que seja dado início ao processo de judicialização, sendo necessária, em alguns casos, a representação do paciente por procuração ou curatela.

Outra possibilidade que pode ser considerada em relação às fraldas é o encaminhamento do paciente ao Programa Farmácia Popular do Brasil, regulamentado pela Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016, com objetivo de oferecer uma alternativa de acesso de fraldas geriátricas. Desta forma garante aos idosos e pessoas com deficiência um desconto de 90% no valor da compra de fraldas de marcas pré estabelecidas (BRASIL, 2016). Devendo neste caso o assistente social prestar as orientações sobre o devido programa e a documentação necessária para seu acesso.

De acordo com Resolução nº 383/1999, do CFESS, o assistente social contribui ativamente para o atendimento das demandas advindas da necessidade de saúde da população, facilitando o seu acesso às informações e ações educativas. Fazendo com que a saúde seja vista “como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país” (CFESS, 1999, p.1).

O colchão de ar, a cama hospitalar, e órtese auditiva/FUNCRAF, requerem do assistente social articulação com as entidades pertencentes ao Terceiro Setor, tendo em vista que os serviços de saúde ainda se encontram incipientes em relação ao acesso a tais dispositivos e equipamentos. Sendo realizados encaminhamentos para Federação dos Deficientes Físicos do Mato Grosso Sul (FDFMS)

e Arquidiocese de Campo Grande/MS, para aquisição de colchão de ar e cama hospitalar, e para FUNCRAF para aquisição de órteses auditivas.

As ações micros e macroestratégias intersectoriais, que são construídas mediante articulação do Estado e da sociedade civil, contribuem para efetivação das ações de saúde. Podendo ocorrer por meio da criação de parcerias nos mais diversos setores e segmentos sociais, entre eles na “educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros” (PINTO et al., 2012, p. 12).

Entretanto, chama-se a atenção para o debate da centralidade da ação do assistente social, devendo a questão do acesso à saúde, ser vista pelo viés do direito e não da benesse.

Assim sendo, o assistente social tendo em vista a demanda reprimida da saúde, que se caracteriza pela espera do paciente em conseguir o atendimento que necessita, deve encaminhar “suas ações de forma a tensionar a política social vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político da profissão”. Desta forma, atua promovendo o debate à cerca da universalidade, integralidade e equidade proposta pelo SUS, não podendo o assistente social “ficar circunscrito às demandas postas pela política governamental nos termos de suas prescrições e normas” (MIOTTO; NOGUEIRA, 2010, p. 222).

O trabalho do assistente social na saúde, de acordo com Miotto e Nogueira (2013, p.65), se dá em meio há um campo extremamente tensionado pelo projeto privatista e pelo projeto da reforma sanitária, que estão em constante disputa, “em uma dinâmica que expressa às contradições e os interesses sociais públicos e privados no contexto de processos coletivos de trabalho”.

De acordo com Rodrigues (2019), o trabalho do assistente social com o público idoso enfrenta grandes desafios institucionais, considerando o cenário de políticas públicas incipientes e de pouca efetividade, devendo o profissional tomado pela postura investigativa, reflexiva e propositiva, buscar meios para superar as adversidades do cotidiano profissional, tendo em vista o enfrentamento de toda a questão social que envolve o envelhecimento.

Percebe-se devido ao grande número de pacientes que necessitaram de dispositivos auxiliares de locomoção, equipamentos e insumos, que os pacientes homens idosos, em sua maioria, ficaram com sequelas, não sendo restabelecida por completo toda a sua funcionalidade e capacidades, o que vem

de encontro à afirmação da PNAISH, a qual refere que o homem quando procura o serviço de saúde, já se encontra com um quadro clínico bastante agravado, sendo difícil a sua reversão (BRASIL, 2008).

De acordo com Mendonça e Andrade (2010, p. 2015) a “saúde do homem surge como questão a ser estudada a partir do comportamento de risco adotado pelos próprios sujeitos do sexo masculino, muitas vezes arraigado pelos ditames de uma masculinidade hegemônica imposta socialmente”. Trazendo a discussão da necessidade de políticas públicas que atendam as necessidades específicas deste público.

O uso dos serviços de saúde, por idosos do sexo masculino, associa-se a fatores individuais, fatores de capacitação e fatores de necessidade. Sendo que os fatores individuais relacionam-se a predisposição dos indivíduos em usar os serviços de saúde, levando em consideração as características individuais de “idade, sexo, nível de escolaridade, raça, atitudes e crenças” (BIBIANO et al., 2019, p. 2263); os fatores de capacitação “referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde, diretamente ligados às condições econômicas e à oferta de serviços” (BIBIANO et al., 2019, p. 2263); os fatores de necessidade relacionam-se à percepção subjetiva do indivíduo sobre seu estado de saúde.

As demandas referentes à adaptação de domicílio atingiram um percentual de 42,39%. Em seus estudos Machado et al. (2016, p. 3167) afirma que “às questões de acessibilidade, fundamentais para o desempenho do cuidado domiciliar de pessoas dependentes funcionais e mobilidade reduzida”, sendo responsabilidade do profissional de saúde as orientações necessárias, em UCCI estas orientações são dadas pelo assistente social.

Nota-se que não existe uma visibilidade da acessibilidade enquanto direito, sendo as barreiras vistas na pessoa com deficiência e não no meio que a impede de ir e vir livremente. A maioria dos domicílios não são acessíveis, mas não porque não possam ser acessíveis e sim porque não foram pensados para serem acessíveis, neste sentido, Machado et al. (2016) chama a atenção para a necessidade dos serviços de saúde considerar as condições de acessibilidade no domicílio dos pacientes, enquanto processo e preparo da alta segura.

A solicitação de licença (saída autorizada do paciente internado no HSJ) são demandas que somam um percentual de 8,69% e corresponde à articulação do assistente social com a equipe multiprofissional, para que seja autorizada a saída do paciente internado no HSJ, para resolver pendências bancárias com sinalizado na demanda de prova de vida (1,08%) e passeio terapêutico (5,43%), podendo ser estendida para outras necessidades apresentadas pelo paciente ao assistente social, ficando condicionada a uma decisão da equipe multiprofissional.

O passeio terapêutico consiste em uma ferramenta utilizada na internação em UCCI, onde o paciente é liberado para passar o final de semana em casa, tendo como objetivo a integralidade do cuidado, motivando o paciente para o tratamento, levando em consideração as necessidades subjetivas do paciente, visualizando “o convívio familiar e social como estruturantes da personalidade humana” (ANDRADE et al., 2018, p.1124) .

Podendo esta prática potencializar a terapêutica proposta, pois através dela é possível trabalhar as dificuldades percebidas pelo paciente dentro do seu ambiente familiar. A possibilidade do passeio terapêutico é discutida e avaliada pela equipe multidisciplinar, sendo de responsabilidade do assistente social no caso de decisão favorável o passeio, a passagem do Termo de Responsabilidade de Passeio Terapêutico, que deverá ser assinada pelo responsável da internação e as orientações necessárias a prática, para que a mesma aconteça de forma segura. Porém com o advento da pandemia o mesmo não é mais realizado.

O paciente idoso apresenta demandas complexas que são próprias do processo de envelhecimento, da vulnerabilidade social, e quadro clínico-funcional, sendo imprescindível que o assistente social promova uma intervenção singularizada, considerando todas as dimensões que envolvem o ser social. Rodrigues (2019) ressalta que em um país em franco processo de desigualdades sociais, o envelhecimento figura como grande desafio, apresentando demandas relacionadas a cuidados especiais em saúde, aposentadorias entre outras.

A demanda de transporte social (ofertado pelo HSJ) apresenta-se com um percentual de 17,39%, o transporte urbano 1,08% e articulação intersectorial/ASSETUR/orientação/gratuidade no transporte 2,17%, sendo as duas últimas relacionadas à orientação da gratuidade no transporte, concedida as pessoas idosas e as pessoas com deficiência, sendo a viabilização do direito ao transporte umas das atribuições do assistente social.

A necessidade de transporte social é analisada pelo assistente social que identificando uma situação de vulnerabilidade socioeconômica, poderá viabilizar o transporte social para alta hospitalar e passeio terapêutico. Sendo também utilizado nas demandas referentes à solicitação de licença (saída autorizada do paciente internado no HSJ), comparecimento as instituições bancária, INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) e entre outros.

Esta demanda não se trata de uma ação de caráter meramente burocrático e administrativo, e sim de uma articulação entre paciente e cuidador/familiar, serviço de saúde e profissionais. Conforme assegurado pelos “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, produzido pelo CFESS

(2010), que traz como ações de articulação dos assistentes sociais na equipe de saúde: a realização em conjunto com a equipe de saúde, o atendimento à família e/ou responsáveis, identificar e trabalhar os determinantes sociais que envolvem o processo saúde-doença do paciente discutindo as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, frente suas condições de vida. Sendo que estas “ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis” (CFESS, 2010, p.42)

O Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro (CRESS-RJ) da 7ª região dispõe em um termo de orientação que a Lei 8662/93 não trata as ações de caráter meramente burocrático e administrativo, como competência ou atribuição do assistente social, sendo assim as atividades de:

[...] marcação ou cancelamento de consultas, exames ou remoções; atendimentos em recepção ou portaria que não sejam do âmbito da competência da matéria profissional; contatos telefônicos no que diz respeito à procura de vagas para remoção de pacientes; acompanhamento a bancos ou similares para recebimento de benefícios, ou em ambulâncias com acidentados, ou doentes ou pacientes com alta [...] não são atribuições tampouco competências do assistente social, estando, portanto, este impedido de realizar tais atividades, sob pena de responsabilização ética (CRESS-RJ, 2010, p.1).

A assistência religiosa e visita assistida são demandas que atingiram o percentual de 9,78% cada, sendo de responsabilidade do assistente social a articulação com a equipe de saúde e demais setores do Hospital, para que o paciente receba assistência de cunho religioso e visita de criança menor de 12 anos.

Destaca-se a importância da dimensão da espiritualidade, no processo de recuperação dos pacientes homens idosos, internados em UCCI. Devendo o assistente social, no trabalho em equipe multiprofissional, fomentar para além dos aspectos biopsicossociais, os aspectos inerentes as questões religiosas, espirituais e culturais do idoso.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende que conceito de saúde transcende os aspectos de bem estar físico, mental e social, abrangendo valores culturais, éticos e religiosos, desta forma incluiu a espiritualidade, religiosidade e crenças espirituais na promoção da saúde, com vistas a promover o envelhecimento saudável e bem-sucedido (CHAVES; GIL, 2015).

A visita assistida realizada pelo assistente social em ambiente hospitalar, tem como objetivo o fortalecimento do vínculo familiar do idoso, incentivo a adesão ao tratamento, suprimindo as necessidades emocionais provocada pelo afastamento dos netos, filho e sobrinhos, devido à hospitalização. Neste sentido, Reis, Menezes e Sena (2017) asseguram ser imprescindível que a equipe

multiprofissional, promova ações em conjunto visando fortalecer os vínculos entre familiar/cuidador e pessoa idosa hospitalizada, atendendo as suas necessidades em uma perspectiva de cuidado humanizado. Fortalecendo desta maneira a rede de apoio que prestará assistência ao idoso no pós-alta hospitalar.

As demanda de acompanhamento na rede social pós-alta aparecem com percentual de 17,38%. E dizem respeito aos pacientes, identificados pelo assistente social, que necessitarão de acompanhamento após a alta hospitalar, pela da Rede Socioassistencial. Neste caso o assistente social faz as articulações e encaminhamentos necessários a SAS (Secretaria de Assistência Social), CRAS e CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e demais serviços integrantes da rede socioassistencial. Esta rede se compõe de serviços, programas, projetos e benefícios no âmbito da assistência social prestados por entidades e organizações sociais, estando vinculada ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BICHIR; SIMONI JUNIOR; PEREIRA, 2020).

O contato com a rede socio sanitária para manutenção do atendimento figura com percentual de 23,90%, e se compõe de ações voltadas à articulação como os demais serviços ofertados pela rede socio sanitária para garantia da integralidade do cuidado. Após identificar a necessidade do paciente, o assistente social promove o contato com as demais redes de atendimento, encaminhando relatório social contendo as ações realizadas, o estado atual das demandas e as necessidades para realização do tratamento e sua manutenção. Sendo realizados contatos com SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), UBS (Unidade Básica de Saúde), UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família), Distrito Sanitário, CEM (Centro de Especialidade médica), CEDIP (Centro de Doenças Infecto-parasitárias), CASAI (Casa de Apoio a Saúde do Índio), Distrito Sanitário Indígena.

Outras demandas relacionadas ao contato com a rede socio sanitária também foram sinalizadas como contato com a CASAI (1,08%), contato com a secretaria de saúde do interior (1,08%) e programa de hipertensão (Programa Hiperdia) (1,08%).

A intersetorialidade pode ser vista como um instrumento para a efetivação das políticas públicas, porém ainda é um desafio a ser consolidado referente à articulação e integração entre as diferentes políticas setoriais. Sendo necessária para a garantia da integralidade do cuidado do paciente, que necessita acessar os diversos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade do SUS.

A orientação em relação ao exame de próstata (1,08%) e a orientação sobre transferência cartão SUS (4,34%) são demandas relacionadas a uma das ações precípuas do assistente social, a orientação. A informação e orientação são ações que compreendem o eixo atendimento direto aos usuários,

previsto nos Parâmetros do CFESS (2010), devendo o profissional entender o fluxo de encaminhamentos e atendimento da rede, e desta maneira, informar corretamente o paciente, cuidador/familiar sobre a forma de acessá-los.

Para transferência do cartão SUS, cabe ao assistente social orientar a família sobre a documentação necessária encaminhando ao setor competente, ratificando ao paciente e familiar a importância deste documento para o prosseguimento do atendimento, sendo necessário para a utilização dos serviços de saúde, marcação de consultas, realização de exames, acesso a medicamentos e etc.

A demanda de suporte social (1,08%) está relacionada à busca ativa da rede de apoio social do idoso em situação de vulnerabilidade social. A declaração médica para acompanhante (1,08%) e também para outras finalidades são passadas ao assistente social que articula com a equipe médica a elaboração dos mesmos, tendo em vista as especificação e finalidade de cada declaração.

A reunião com familiares (3,26%) é uma demanda que advém das necessidades identificadas pelo assistente social ou outro profissional da equipe multiprofissional. Sendo utilizada para mediação de conflitos, discutir sobrecarga do cuidador quando a responsabilidade do cuidado do idoso está sobre apenas uma pessoa da família, trabalhar adesão ao tratamento tanto do paciente como da família, discutir ações paliativas, definir domicílio de retorno do idoso quando este ainda se encontra indefinido, entre outras finalidades. Pode ser realizada apenas com o assistente social, como com a participação dos demais membros da equipe.

Neste sentido, observa-se que o assistente social se utiliza das tecnologias leves e leve-duras relacionadas ao setor saúde, como ferramentas de trabalho. As tecnologias leves se constituem do diálogo, vínculo, acolhimento e escuta; as tecnologias leve-duras estão relacionadas ao conhecimento técnico-científico, teorias e modelos de cuidado; e as duras tecnologias compreendem a utilização de instrumentos e equipamentos tecnológicos (MANGINI; KOCUREK; SILVEIRA, 2018).

A escuta do paciente e seu cuidador/familiar feita pelo assistente social se compõe de uma tecnologia relacional humanizadora dentro processo de trabalho em saúde. Sendo uma possibilidade para se amenizar as angústias e temores da hospitalização, promovendo o fortalecimento de vínculos, facilitando “a assistência à pessoa idosa hospitalizada e, ainda, a ressignificação da participação do familiar acompanhante no hospital” (REIS; MENEZES; SENA, 2017, p. 709).

Algumas demandas necessitam de grade articulação com a política de assistência social como é o caso das demandas relacionadas aos benefícios assistenciais (5,43%), tarifa social-Enersul (1,08%), tarifa

social-Águas Guariroba (1,08%), inclusão em Programas Sociais (2,17%), inserção CadÚnico/articulação com CRAS (2,17%) e documentos (7,60%) sendo que esta pode ser vinculada a varias outras políticas públicas.

A articulação com a política de previdência social se evidencia nas demandas de benefícios previdenciários (16,30%), majoração de 25%/ sobre aposentadoria por invalidez (1,08%), procuração (1,08%), curatela (9,78%), declaração médica (1,08%), defensoria pública (1,08%). Sendo que algumas demandas necessitam de articulação com a política de habitação como é o caso das demandas relacionadas à inclusão em Programas Habitacionais (1,08%).

O assistente social tem na intersectorialidade, a possibilidade de realizar suas ações, com vista ao fortalecimento da “articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais” (CFESS, 2010, p. 30).

Nos processos sócio-assistenciais para Miotto e Nogueira (2010, p. 239) estão incluídas ações de diferentes naturezas e devido estarem em constante interação, muitas vezes não se é possível identificar suas especificidades, sendo, entretanto possível, ao identificar seus objetivos centrais, “distingui-las e com isso aprofundar os marcos referenciais tanto com relação à sua execução e na interação entre elas”

De acordo com Carmo e Guizardi (2017) a intersectorialidade possui grandes desafios para a execução entre as políticas públicas de saúde e de assistência social. Apesar de sua capacidade em dar respostas às demandas sociais multifacetadas, evitando que haja uma fragmentação setorial, ainda não se compõe de solução para os problemas referentes à gestão pública, sendo, no entanto um caminho. (CARMO; GUIZARDI, 2017)

Pode ser observado, que a ação do assistente social se estrutura em elementos condicionantes e elementos estruturantes. Sendo que os elementos condicionantes estão relacionados ao projeto profissional, a especificidade do espaço ocupacional e as demandas dos usuários. Os elementos estruturantes têm relação com “o conhecimento/investigação, o planejamento, a documentação, os objetivos, as formas de abordagens dos sujeitos a quem se destinam as ações, os instrumentos técnico-operativos e outros recursos” (MIOTTO, NOGUEIRA, 2010, 235)

A declaração médica é utilizada para aquisição de procuração por meio do Cartório de Serviço Notariais, quando o paciente se encontra lúcido, consciente e orientado, porém, necessita de ser representado nos atos da vida civil, por procurador legalmente constituído devido a internação

hospitalar, podendo o procurador representar o paciente perante as agências bancárias, INSS, entre outro. A declaração médica também se faz necessária para o processo de curatela, quando o paciente encontra-se incapaz de reger os atos da vida civil, e necessita de representação legal por meio do curador, sendo esta ação de interdição ajuizada na Defensoria Pública. Sendo as ações de curatela e procuração acompanhadas e orientadas pelo assistente social.

Percebe-se que o número de curatela foi bem maior que o número de procuração, o que corrobora com o exposto por Coelho et al. (2018, p.54) ao afirmar que “homens não reconhecem, de fato, o que precisam em relação à saúde, não encontrando, assim, formas de traduzir necessidades em demandas. Apenas quando os problemas se agravam que essas demandas são identificadas”.

A atenção primária deve ser pensada “como porta de entrada preferencial dos homens nos serviços do SUS” (COELHO et al.,2018, p.28), reduzindo a entrada pela urgência e emergência, possibilitando que o homem seja tratado antes do agravamento do seu quadro clínico. As ações de em saúde voltadas ao público masculino, sempre tiveram restritas a campanhas temáticas pontuais, começando a serem reformuladas a partir da implantação da PNAISH.

As 27 demandas presente na FSD e excluída a 28ª demanda referente ao campo “Outros”, foram categorizadas através do estudo de revisão de literatura em políticas de saúde, assistência social, previdência social, habitação, política pública de transporte, e políticas públicas de acesso à justiça:

- Política de Saúde: cadeira de rodas; cadeira de banho; andador; colchão de ar; muleta; fralda; órtese auditiva; órtese oftalmológica, transporte social (ofertado pelo HSJ), documentos (Cartão do SUS), medicamentos; adaptação no domicílio; solicitação de licença (saída autorizada do paciente internado no HSJ); visita assistida; permanência do cuidador; assistência religiosa; Contato com a Rede Socioassistencial para manutenção do atendimento;
- Política de Assistência Social: benefício assistencial; tarifa social-Enersul; tarifa social-Águas Guariroba; inclusão em programas sociais, documentos (certidão de nascimento, documento de identidade) acompanhamento na rede social pós-alta;
 - Política de Previdência Social: benefício previdenciário;
 - Política de Habitação: inclusão em programas habitacionais,
 - Política Pública de Transporte: transporte urbano (passe livre);
 - Políticas Públicas de Acesso à Justiça: procuração e curatela.

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS, 2010) afirma a necessidade de preciso fortalecimento e a articulação do Conselho, com vistas ao debate e elaboração das ações intersetoriais, resguardado o que é específico e de responsabilidades de cada uma das políticas. Desta forma, o CNAS afirma, por meio da Resolução nº 39, de 9 de dezembro de 2010, em seu art. 1º, que as são pertencentes à política de saúde e não fazem parte da política de assistência social :

“[...] órteses e próteses, tais como aparelhos ortopédicos, dentaduras, dentre outros; cadeiras de roda, muletas, óculos e outros itens inerentes à área de saúde, integrantes do conjunto de recursos de tecnologia assistiva ou ajudas técnicas, bem como medicamentos, pagamento de exames médicos, apoio financeiro para tratamento de saúde fora do município, transporte de doentes, leites e dietas de prescrição especial e fraldas descartáveis para pessoas que têm necessidades de uso”(CNAS,2010, p. 1)

De acordo com Quinonero et al. (2013, p.52) a Política de assistência social busca incorporar as demandas advindas da sociedade, trazendo assistência social como direito sob responsabilidade do Estado, tendo como princípio a “divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão”

A política de previdência social consiste em um seguro social para a pessoa que para ela contribuem, tendo direito seus segurados e dependentes. Seus benefícios são utilizados em substituição da renda do trabalhador segurado, que perder sua capacidade laborativa devido a doença, idade avançada, invalidez, maternidade, reclusão e morte. Na atualidade, esta política vem passando por reformas justificadas pelo governo “sob a égide de sua sustentabilidade e equilíbrio fiscal, com promessas de um crescimento vigoroso baseado nas expectativas dos mercados” (WANDERLEY; SANT’ANA; MARTINELLI, 2019, p. 2017), tendo a sociedade civil questionado sobre a perda de um direito social constitucionalmente garantido, o que representa grande retrocesso em face do marco histórico da Constituição Federal de 1988.

De acordo com Ferreira et al.(2018), A Política Nacional da Habitação (PNH) tem como objetivo a garantia da população, em especial os de baixa renda, ao acesso à habitação digna, direito social previsto na Constituição Federal de 1988. Tendo o Programa Minha Casa, Minha Vida criado mecanismos de incentivo para produção e aquisição de moradias, objetivando a redução do déficit habitacional, garantido a população de baixa renda acesso a casa própria (FERREIRA et al., 2018).

A política pública de transporte deve ser pensada levando em consideração as necessidades e singularidade de seus usuários. Rodrigues Júnior e Vieira (2017, p. 125) que o crescimento das

demandas sociais, pelos serviços de transporte, impulsionou a concretização das políticas públicas na área, elencando-se “a criação de subsídios ou gratuidades; modificação ou aumento de linhas de ônibus ou metrô; flexibilização de horários; inclusão de indivíduos com mobilidade reduzida; regulação, controle e participação dos usuários na gestão do serviço”.

Porém devem ser analisadas não somente as demandas dos indivíduos que utilizam o serviço, como também as demandas daqueles que ficam excluídos destes, sendo o assistente social, no campo das políticas sociais e públicas, um agente político de transformação social e viabilização de direitos da população

Em relação às políticas públicas de acesso à justiça, a Lei nº 1.060/50, estabelece normas para a concessão de assistência judiciária aos necessitados, sendo assim procuração poderá ser lavrada gratuitamente a pedido da Defensoria Pública, para as pessoas consideradas hipossuficientes. Gonçalves e Martin (2013) trazem que a Resolução nº. 125/10 do Conselho Nacional de Justiça abriu possibilidade para elaboração de políticas públicas no âmbito do Poder Judiciário, com vistas a garantir o acesso à Justiça, incluindo a população menos favorecida.

Segundo Brito e Bonini (2019) as políticas públicas de acesso à justiça trazem a inclusão social da população vulnerável nas dimensões econômica, física e jurídica. Sendo caracterizadas como políticas que propõem a solução de questões emergenciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O homem idoso e o seu processo de envelhecimento é um tema pouco estudado, apresentando uma literatura escassa, sendo de suma importância a compreensão das demandas advindas deste público para que o SUS implemente ações de saúde direcionadas a absorver-las.

Percebe-se uma grande dificuldade de acesso por parte dos homens aos serviços de saúde, principalmente na atenção primária. A discussão a respeito dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem na prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as relacionadas ao sistema circulatório são necessárias, para formulação de políticas de saúde que levem em consideração as singularidades de gênero e idade.

Os achados da pesquisa poderão ser usados para contribuir e potencializar os serviços prestados pela UCCI-HSJ, colaborando para melhoria do cuidado assistencial e a promoção da saúde do homem idoso.

As demandas trazidas pelas necessidades de saúde dos pacientes homens idosos em CCI suscitam um debate a cerca da intervenção do profissional assistente social e sua instrumentalidade. Nota-se que o assistente social, durante sua atuação, considera os determinantes e condicionantes da saúde que interferem na recuperação dos pacientes. . Ratifica-se a necessidade dos assistentes sociais atuarem dentro da política pública de saúde, tendo em vista que os aspectos econômicos, culturais e psicossociais, que interferem no processo saúde-doença necessitam de respostas que transcendem o atendimento meramente clínico da doença. Sendo estas dimensões subsidiadas pela atuação do assistente social.

Salienta-se a importância da intersetorialidade trazida como uma ferramenta de integração entre os diferentes âmbito das políticas públicas. Sendo imprescindível que o assistente social utilize da sua articulação intersetorial na construção de uma intervenção com vistas a dar respostas as demanda dos pacientes atendidos, em sua totalidade, pois problemas sociais apresentados na área da saúde têm ramificações para as demais políticas públicas e sociais.

Não sendo possível, em alguns casos, que o atendimento se encerre dentro da própria política de saúde, tendo em vista o conceito ampliado de saúde que considera o bem estar físico, social, econômico, psicológico e espiritual.

Por fim, salienta-se a necessidade de novos estudos sobre a temática do envelhecimento da população masculina, tendo em vista a importância de se analisar assingularidades, particularidades, fragilidades, necessidades e subjetividades deste público, para que se promova a ampliação das políticas públicas de atendimento, e reorganização dos serviços prestados na atenção primária.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. T. A. N. et al. Passeio Terapêutico e sua Potencialidade na Reabilitação em Cuidados Continuados Integrados: Relato de Experiência. *Revista Ciência & Saberes*, v. 4, n. 2, 2018.

BIBIANO, A. M. B. et al. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2263-2278, 2019.

BICHIR R.; SIMONI JUNIOR, S.; PEREIRA, G. Sistemas Nacionais de Políticas Públicas e seus Efeitos na Implementação o caso do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). *Rev. bras. Ci. Soc.*, v. 35, n. 102, p. 1-23, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 218, de 06 de Março de 1997. Reconhece como profissionais de saúde de nível superior 13 (treze) categorias profissionais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 maio. 1997. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm. Acesso em: 21 abr. 2019.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 maio 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília, 2008. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 08 abr. 2020

BRASIL. Portaria nº 111, de 28 de janeiro, de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111_28_01_2016.html. Acesso em: 17 maio 2020.

BRASIL. Portaria nº 116, de 9 de setembro de 1993. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html. Acesso em: 15 maio 2020

BRASIL. Portaria nº 1.272, de 25 de Junho, de 2013. Inclui Procedimentos de Cadeiras de Rodas e Adaptação Postural em Cadeira de Rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1272_25_06_2013.html. Acesso em: 17 maio 2020.

BRITO, E. F.; BONINI, L. Políticas Públicas Para o Acesso à Justiça. Revista Âmbito Jurídico. v. 22, n. 191, p. 1-24, 2019.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. Physis, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010.

CFESS. Conselho Federal do Serviço Social. Resolução nº 383, de 29 de março, de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: www.cfess.org.br. Acesso em: 17 maio 2020.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Older people's concepts of spirituality, related to aging and quality of life. Cienc e Saude Coletiva; v. 20, n. 1, p. 3641-3652, 2015.

CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 39, de 9 de dezembro, de 2010. Dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde. Disponível em:

https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/resolucao_cnas_39.pdf. Acesso em: 17 maio 2020.

COELHO, E. B. S. et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018

CRESS-RJ. Conselho Regional de Serviço Social da 7ª Região do Rio de Janeiro. Termo de Orientação. 2010. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/>. Acesso em 16 maio 2019

FERREIRA, G. G. et al. Política habitacional no Brasil: uma análise das coalizões de defesa do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social versus o Programa Minha Casa, Minha Vida. urbe, Rev. Bras. Gest. Urbana, Curitiba, v. 11, e20180012, 2019.

GONÇALVES, A. C. P.; MARTIN, A. G. As Políticas Públicas de Acesso à Justiça como Instrumento de Inclusão Social. In: XXII Encontro Nacional do CONPEDI / UNINOVE, 2013, Florianópolis. Anais... Florianópolis: FUNJAB, 2013.

KOBAYASI, D. Y. et al. Overload, social support network and emotional stress on the caregiver of elderl. av.enferm., Bogotá, v. 37, n. 2, p. 140-148, 2019.

LOPES, E. F. B.; ROTTA, C. S.; PINHEIRO SIMÕES, E. A.; ASSIS, M. F. B. R. Envelhecimento e Cuidados Continuados Integrados: Uma nova perspectiva no cuidado à saúde do idoso em Campo Grande/MS. Mais 60: Estudos Sobre Envelhecimento, v30, n. 76, p. 42-52, 2020.

MACHADO, W. C. et al. Hospital discharge of patients with disabling neurological injury: necessary referrals to rehabilitation. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3161-3170, 2016.

MANGINI, F. N. R; KOCOUREK, S.; SILVEIRA, L.V. Serviço Social e tecnologias de saúde: o desafio da subversão democrática. ServSocSaúde., v. 17, n. 1, p. 65-94, 2018.

MENDONÇA, V.S.; ANDRADE, A. N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?. Rev. psicol. polít., São Paulo , v. 10, n. 20, p. 215-226, dez. 2010 .

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. Rev. Katál., Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 61-71, 2013

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde - desafios intelectuais e operativos. SER Social, v. 11, n. 25, p. 221-243, 2010.

MOURA, E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012

PINHEIRO, E. A.A prática de cuidados continuados integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS. 2017.162 f.. Dissertação (mestrado em desenvolvimento local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2017.

INTO, B. K. et al. Healthpromotion and intersectionality: a process under construction. Rev. Min. Enferm., v. 16, n. 4, p. 487-493, 2012.

QUINONERO, C. G. et al. Princípios e diretrizes da Assistência Social: da LOAS à NOB SUAS. O Social em Questão, n. 30, p. 47-70, 2013.

REIS, C. C. A.; MENEZES, T. M. O.; SENA, E. L. S.. Vivências de familiares no cuidado à pessoa idosa hospitalizada: do visível ao invisível. Saude soc., São Paulo, v. 26, n. 3, p. 702-711, 2017.

RODRIGUES, E. M. S. A Proteção da Pessoa Idosa no Desenvolvimento Social: Uma Análise da Efetividade das Políticas Públicas. Revista Âmbito Jurídico, v. 189, n. 22, 2019.

RODRIGUES JÚNIOR, J. C. M.; VIEIRA, R. S. Políticas públicas de transporte coletivo de passageiros: Segregação das mulheres em vagão exclusivo do metrô. Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas, v. 3, n. 2, p. 122-139, 2017.

SANTOS, J. ; SILVA, D. T. Fundamentos Históricos do Serviço Social Brasileiro e o Projeto Ético-Político Profissional: Uma História em Construção na Unigranrio. Moitará-Revista do Serviço Social da Unigranrio,v. 1, n. 1, p. 1-27, 2015.

SILVEIRA, R. B.; SILVA, E. A. O trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in) visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe.Revista Textos & Contextos, Porto Alegre,v. 17, n. 1, p. 97 - 114, 2018

UFMS. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Conselho de Faculdade da Faculdade de Medicina. Resolução nº 46, de 27 de Fevereiro de 2018. Aprova o Regulamento Interno do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (PREMUS-CCI), Área de Concentração: Atenção à Saúde do Idoso, da Faculdade de Medicina da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, anexo a esta Resolução. Boletim Oficial nº 6759, p. 215, 2018

WANDERLEY, M. B.; SANT'ANA, R. S.; MARTINELLI, M. L. Os desafios do atual contexto: um diálogo a partir da seguridade. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 135, p. 207-212, 2019.

INSTRUMENTAL TÉCNICO-OPERATIVO: UMA ANÁLISE DO INSTRUMENTAL UTILIZADO PELO ASSISTENTE SOCIAL

Resumo: Com a regulamentação do SUS, há uma expansão das redes de serviços e ações de saúde, o que levou a necessidade da reorientação ações e estratégias em relação à gestão do trabalho e à formação dos profissionais da saúde, nesta perspectiva surgem as Residências Multiprofissionais. A pesquisa em relação ao instrumental técnico-operativo se faz necessário uma vez que a questão da dimensão técnico-operativa no que tange a produção bibliográfica e debate tem se apresentado carente quando comparada às dimensões teórico-metodológica e ético-pol. O instrumental técnico-operativo é fundamental na intervenção o do trabalho do assistente social na efetivação dos direitos sociais. A escolha do instrumental é uma escolha estratégica considerando a direção social a intencionalidade que vise possibilitar o acesso dos indivíduos aos seus direitos

Palavras-Chave: Serviço Social, instrumento técnico-operativo, assistente social, saúde.

INTRODUÇÃO

A saúde, componenteda Seguridade Social, é uma das políticas que teve avanços constitucionais significativos, sendo campo de grande absorção do profissional assistente social. O Sistema Único de Saúde (SUS), uma das perspectivas do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (CFESS, 2010).

Com a regulamentação do SUS, há uma expansão das redes de serviços e ações de saúde, o que levou a necessidade da reorientação ações e estratégias em relação à gestão do trabalho e à formação dos profissionais da saúde, nesta perspectiva surgem as Residências Multiprofissionais.

De acordo com Guerra e Costa (2017, p. 457) os Programas de Residência Multiprofissional no Brasil, se iniciam na década de 70 sob influência movimento sanitário, mas somente “ganha destaque nos anos 2000, quando começam a ser fomentadas iniciativas para a reorientação dos recursos humanos para o SUS”.

A primeira versão da Residência Multiprofissional foi elaborada em 1998, e uma terceira versão editada em 2000, participaram desta elaboração os órgãos formadores: Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas), Associações de Ensino das respectivas áreas, Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) e o CNS (BRASIL, 2006).

No ano de 2002 haviam sido criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde que inicialmente estavam ligadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF), no ano de “2011 as residências no âmbito dos Hospitais Universitários Federais (HUFs) já acumulavam um crescimento de 188%, quando comparadas” ao ano de 2010 (MIOTO *et. al.*, 2012, p. 186).

Em 2014 surge o Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (PREMUS-CCI) que recebe apoio do Ministério da Educação (MEC), estando vinculado à unidade administrativa da Faculdade de Medicina (FAMED), sendo um dos programas de residência ofertados pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Contando com a parceria da Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” vinculada a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) (UFMS, 2018; PINHEIRO, 2017).

Esta especialização tem duração de dois anos e promove a atenção integral à saúde do idoso por meio da formação em serviço, tendo como objetivo o tratamento e a reabilitação do paciente com perda das capacidades funcionais. Contemplando as áreas de Serviço Social, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Tendo como campo de prática a Unidade de Cuidados Continuados

Integrados (UCCI) do Hospital são Julião (HSJ), no município de Campo Grande-MS(UFMS, 2018; UFMS, 2013).

O serviço emCCI(Cuidados Continuados Integrados) consiste em um conjunto de intervenções que decorrem de avaliação por meio de equipe multiprofissional, visando à recuperação global do paciente, promovendo sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, melhorando a funcionalidade e autonomia (PINHEIRO, 2017).

Sendo necessário ao assistente social atuante em CCI tenha domínio das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, fazendo uso da instrumentalidade da profissão e do seu instrumental, para apresentar resposta às demandas que lhes são postas.

O instrumental técnico-operativo do Serviço Social requer o reconhecimento da complexidade da diversidade de espaços socio-ocupacionais, segundo Toso (1998) citado por Mioto e Lima (2009, p. 27) “os tipos de demandas (...) requerem modalidades operativas flexíveis e personalizadas”, pois são um dos fatores que as tornam as ações altamente variáveis, imprevisíveis e sujeitas a contínuas transformações.

Para Guerra (2000, p.53) a instrumentalidade do Serviço Social “não se refere ao conjunto de instrumentos e técnicas, mas sim a uma determinada capacidade” que a profissão, “reconstruída no processo sócio histórico”, tem de dar respostas às demandas que lhes são postas. Neste sentido entende-se que:

[...] a utilidade social da profissão está em responder às necessidades das classes sociais, que se transformam, por meio de muitas mediações, em demandas para a profissão. Estas são respostas qualificadas e institucionalizadas, para o que, além de uma formação social especializada, devem ter seu significado social reconhecido pelas classes sociais fundamentais (capitalistas e trabalhadores)[...](GUERRA, 2000, p. 57).

Ao fazer a leitura da realidade, com vistas a responder estas demandas que são postas, se faz necessário interpretá-las na dualidade “teoria/prática”, considerando suas dimensões “teórico-metodológica”, “ídeo-política” e “técnico-operativo” resultando no “saber/fazer” (BATTINI, 2001, p.01).

Segundo Sousa (2008) para atingir a competência técnico-operativa, o assistente social deve utilizar, dominar e criar um conjunto de habilidades técnicas que lhe forneça meios para desenvolver e potencializar suas ações junto à população usuária e às instituições contratante.

Somente com o domínio da dimensão técnico-operativa o assistente social garante uma inserção qualificada no mercado de trabalho, capaz de responder às demandas advindas tanto dos empregadores, quanto da dinâmica da realidade social, atingindo os objetivos profissionais (SOUSA, 2008).

A dimensão técnico-operativa do Serviço Social potencializa e materializa o projeto ético-político, fazendo a mediação entre as demandas sociais do cidadão. Para Lavoratti e Costa (2016) os instrumentais técnico-operativos se referem ao conjunto de instrumentos e técnicas que compõem uma prática profissional cotidiana.

Dentre os instrumentais técnico-operativos mais utilizados pelos assistentes sociais pode-se destacar a entrevista, visita domiciliar, relacionamento, abordagem, observação, visita institucional e os instrumentais de trabalho como as fichas e relatórios (LAVORATTI; COSTA, 2016, p. 08-10).

As demandas dos pacientes atendidos em UCCI, apresentadas ao assistente social do PREMUS-CCI, são anotadas no instrumental técnico-operativo denominado “Ficha de Sinalização de Demandas” (FSD) utilizado pelo profissional. Neste instrumento, registram-se além das demandas e intervenções profissionais realizadas, as informações sobre alta, transferência, óbito e outros.

A pesquisa em relação ao instrumental técnico-operativo se faz necessário uma vez que a questão da dimensão técnico-operativa no que tange a produção bibliográfica e debate tem se apresentado carente quando comparada às dimensões teórico-metodológica e ético-política (IAMAMOTO, 1999; SIMIONATO, 2004 apud MIOTO; LIMA, 2009).

Mesmo que na contemporaneidade a profissão tenha retomado a questão da instrumentalidade compreendendo “[...] que o instrumental é a ferramenta que a práxis contempla implicando, na consolidação do tripé da dimensão profissional: teoria-metodologia, ética-política e técnico-operativo” o tema ainda é pouco discutido. (BATTINI, 2001, p.01).

Diante do exposto o presente trabalho tem como objetivo analisar o preenchimento de cada item que compõe a FDS utilizada pelos assistentes sociais do PREMUS-CCI, e se todas as demandas evoluídas no prontuário foram sinalizadas no instrumental, fomentando a discussão acerca da dimensão técnico-operativa.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado durante o PREMUS-CCI, como metodologia utilizou-se a pesquisa quantitativa, descritiva, retrospectiva e de análise documental sobre a FSD utilizada pelo assistente social em UCCI do HSJ, localizado no município de Campo Grande/MS. O estudo foi aprovado em seus aspectos éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Parecer nº 3.789.889/2019 e CAEE nº 22858919.9.0000.0021.

O objeto da pesquisa em questão foi a FSD anexada aos prontuários dos pacientes homens idosos que estiveram internados na UCCI de 2014, início da Residência Multiprofissional, até o ano de 2018, abrangendo os atendimentos da 1ª a 5ª turma da Residência. Por se tratar de um estudo retrospectivo somente foram analisados os prontuários no caso dos pacientes homens idosos que estiveram internados no ano de 2018, os que receberam alta hospitalar até dezembro do mesmo ano, não sendo contemplados nestes estudos as demais formas de desinternação.

Foram incluídos na pesquisa:

- Prontuário de pacientes do sexo masculino com idade igual ou maior que 60, internados em UCCI-HSJ de janeiro/2014 a dezembro/2018 e que receberam alta médica hospitalar até dezembro/2018

Foram excluídos da pesquisa:

- Os prontuários de pacientes do sexo feminino de qualquer idade, pacientes do sexo masculino não idosos, e os prontuários cuja FSD não estava anexada ou apresentava-se ilegível ou em branco.

A escolha do paciente homem idoso justifica-se pelo fato do referido programa de residência ter como área de concentração a “Atenção à Saúde do Idoso”, e o público masculino ter especificidades que corroboram para uma menor adesão à atenção primária à saúde, sendo que estas questões serão abordadas em outros artigos que compõem esta pesquisa. Neste estudo serão abordadas apenas as questões referentes à dimensão técnico-operativa do Serviço Social, tema este pouco discutido em estudos científicos.

No intervalo de tempo entre os anos de 2014 a 2018, foram internados na UCCI do HSJ 574 pacientes, de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias. No referido período, após uma análise inicial feita através do Sistema Wareline, sistema de gestão de informações utilizado pelo hospital, foram

identificados 119 pacientes do sexo masculino com o perfil de acordo com os critérios de inclusão/exclusão propostos para esta investigação.

Após a abertura dos prontuários para realização da coleta de dados secundários, identificou-se mesmo após a triagem feita inicial realizada pelo Sistema Wereline, quatro prontuários eram de pacientes do sexo masculino não idosos, um prontuário era de paciente do sexo feminino e 22 prontuários estavam sem a FSD anexada, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1. Triagem inicial dos pacientes

Ano Estudado	População Atendida*	Prontuário sem a FSD**	Prontuário de paciente não idoso**	Prontuário de paciente do sexo feminino**
2014	02 pacientes	2 prontuários	0 prontuários	0 prontuários
2015	08 pacientes	4 prontuários	0 prontuários	0 prontuários
2016	38 pacientes	12 prontuários	4 prontuários	1 prontuários
2017	40 pacientes	2 prontuários	0 prontuários	0 prontuários
2018	31 pacientes	2 prontuários	0 prontuários	0 prontuários
Total	119 pacientes	22 prontuários	4 prontuários	1 prontuários

* População do estudo após triagem realizada pelo Sistema Wereline considerando os critérios de inclusão/exclusão para este estudo (119 pacientes);

** Prontuários que após sua abertura constatou-se: não ter a Ficha de Sinalização de Demandas anexada, ser paciente não idoso ou paciente do sexo feminino.

Os dados referentes ao preenchimento de cada item que compõe a FDS, utilizada pelos assistentes sociais, serão coletados por meio de banco de dados elaborado pela pesquisadora. Sendo utilizados para análise do preenchimento destes dados os testes de comparação considerando as variáveis existentes na FSD (Anexo-A). As variáveis analisadas neste item são dependentes, considerando que estão diretamente relacionadas ao preenchimento do instrumento por parte do profissional responsável pelo atendimento do paciente/prontuário:

- Localização de carimbo com número de registro em Conselho da categoria;
- Instrumento devidamente assinado pelo profissional responsável pelo atendimento;
- Legibilidade da FSD.

Ainda na análise da utilização da FSD (Anexo-A), será analisado o formato de preenchimento dos campos relacionados ao paciente, em suas variáveis dependentes:

- Nome do paciente;
- Demanda;

- Conduta;
- Motivo da saída.

Os dados obtidos a partir das variáveis estudadas serão submetidos a testes previstos na estatística não paramétrica.

Anexo A- Ficha de Sinalização de Demandas

AARH - Hospital São Julião		CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	
Fone: (67) 3358-1500 Fax: (67) 3358-1555 E-mail: saojuliao@saojuliao.com.br			
SINALIZAÇÃO DE DEMANDAS			
Nome: _____			
Demandas:		Conduta:	
Cadeira de rodas			
Cadeira de banho			
Andador			
Colchão de ar			
Muleta			
Fralda			
Órtese auditiva			
Órtese Oftalmológica			
Medicamentos			
Transporte urbano			
Transporte Social			
Benefício assistencial			
Benefício previdenciário			
Documentos			
Procuração			
Curatela			
Adaptação no domicílio			
Tarifa social-Enersul			
Tarifa social-Águas			
Solicitação de licença			
Visita assistida			
Permanência do cuidador			
Assistência religiosa			
Contato rede sócio-sanitária			
p/ manutenção do atendimento			
Inclusão em Programas sociais			
Habitacionais			
Acompanhamento da rede			
social pós alta			
Outros			
Motivo da Saída	Alta CCI	Alta a pedido	Transferência
			Óbito
			Outros

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi constituída por 92 prontuários de pacientes homens idosos, atendidos na UCCI entre os anos de 2014 e 2018. A amostra do ano de 2014 não pode ser analisada devido a FSD não ter sido anexada ao prontuário. A amostra do ano de 2015 constitui-se de 4 prontuários, de 2016 foi de 21 prontuários, de 2017 foi de 38 prontuários e de 2018 foi de 29 prontuários.

As amostras referentes aos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018 encontram-se descritas nas tabelas a seguir:

Tabela 2. Preenchimento do Instrumental FSD pelo assistente social no ano de 2015. Campo Grande - MS, Brasil, 2019. (N=92)

Campos da FSD	N	%
Nome		
Sim	4	4,34%
Não	0	0%
Demandas		
Sim	4	4,34%
Não	0	0%
Conduta		
Sim	2	2,17%
Não	2	2,17%
Motivo de Saída		
Sim	2	2,17%
Não	2	2,17%
Legibilidade		
Sim	4	4,34%
Não	0	0%
Assinatura e Carimbo		
Sim	1	1,08%
Não	3	3,26%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

Tabela 3. Preenchimento do Instrumental FSD pelo assistente social no ano de 2016. Campo Grande - MS, Brasil, 2019. (N=92)

Campos da FSD	N	%
Nome		
Sim	21	22,82%
Não	0	0%
Demandas		
Sim	21	22,82%
Não	0	0%
Conduta		
Sim	17	18,47%
Não	4	4,34%
Motivo de Saída		
Sim	16	17,39%
Não	5	5,43%
Legibilidade		
Sim	21	22,82%
Não	0	0%
Assinatura e Carimbo		
Sim	12	13,04%
Não	9	9,78%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

Tabela 4. Preenchimento do Instrumental FSD pelo assistente social no ano de 2017. Campo Grande - MS, Brasil, 2019. (N=92)

Campos da FSD	N	%
Nome		
Sim	38	41,30%
Não	0	0%
Demandas		
Sim	36	36,95%
Não	2	2,17%
Conduta		
Sim	34	7,60%
Não	4	4,34%
Motivo de Saída		
Sim	36	36,95%
Não	2	2,17%
Legibilidade		
Sim	38	41,30%
Não	0	0%
Assinatura e Carimbo		
Sim	36	36,95%
Não	2	2,17%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

Tabela 5. Preenchimento do Instrumental FSD pelo assistente social no ano de 2018. Campo Grande - MS, Brasil, 2019. (N=92)

Campos da FSD	N	%
Nome		
Sim	29	31,52%
Não	0	0%
Demandas		
Sim	23	25%
Não	6	6,52%
Conduta		
Sim	17	18,47%
Não	12	13,04%
Motivo de Saída		
Sim	17	18,47%
Não	12	13,04%
Legibilidade		
Sim	29	31,52%
Não	0	0%
Assinatura e Carimbo		
Sim	23	25%
Não	6	6,52%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

Também foram analisados o campo outros onde são sinalizadas as demandas não constante na ficha de sinalização de demanda, mas que foram articulados pelos profissionais durante os atendimentos no PREMUS-CCI.

Tabela 6. Demandas dos homens idosos atendidos na UCCI entre 2014 e 2018 constantes na ficha de evolução do assistente social e não sinalizadas instrumental FSD (Ficha de Sinalização de Demandas). Campo Grande - MS, Brasil, 2019. (N=92)

Demanda	N	%
Contato com a Rede Socio sanitária	11	11,95%
Viabilização de transporte/Retorno ao município de origem	4	4,34%
Passeio Terapêutico	20	21,73%
Reunião com Familiar	18	19,56%
Transporte Social	16	17,39%
Acompanhamento de visita técnica da SAS	1	1,08%
Processo de Institucionalização	1	1,08%
Contato com CRAS	1	1,08%
Contato com CREAS	1	1,08%
Contato com UBSF	3	3,26%
Contato com FUNCRAF	1	1,08%
Contato com instituições bancárias	2	2,17%
Contato com INSS	3	3,26%
Definição de domicílio	1	1,08%
Mediação de Conflito Familiar	2	2,17%
Majoração de 25%/ sob Aposentadoria por Invalidez	2	2,17%
Andador	1	1,08%
Dieta Enteral	1	1,08%
Medicamento	1	1,08%
Cadeira de Rodas	1	1,08%
Cadeira de Rodas para Banho	1	1,08%
Cama Hospitalar	1	1,08%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

Pode se avaliar em nossos estudos que grande parte das Fichas não estavam preenchidas corretamente ou até mesmo fixadas ao prontuário o que pode traduzir na menor importância dada ao instrumental técnico-operativo ou condições estruturantes do processo produtivo no espaço sócio ocupacional como por exemplo a inflexibilidade de horários na instituição, a precarização do trabalho levando o serviço a ser tocado com menos profissionais que o necessário.

Em relação a importância dada a dimensão técnico-operativa o Serviço Social, após a efervescência do Movimento de Reconceitualização, passou a negar o instrumental na profissão, pois, entendia-se que ao

dar importância para a dimensão técnico-operativa estaria ainda replicando o pragmatismo herdado pela influência positivista norte-americana (BATTINI, 2001).

O instrumental deve ser balizado por um determinado conhecimento, a teoria social, não se tem uma neutralidade em seu emprego. O instrumental face a face são os instrumentais diretos.

“A questão dos instrumentos e técnicas no Serviço Social sempre foi problemática, não só no Serviço Social, mas também na educação” (AZEVEDO,2013,p.326).No Serviço Social, os instrumentos e técnicas perpassa por dificuldades próprias da formação profissional, combinadas como o fato de que existem determinações e interesses de classe por detrás das escolhas feitas pelo assistente social dentro do espaço sócioocupacional. Os instrumentos estão ligados a instrumentalidade da profissão (AZEVEDO,2013).

Segundo Azevedo, 2013 em reflexões feitas foi considerado:

(...)que os instrumentos estão intimamente relacionados com teoria e método e por trás disso existe uma concepção de profissão, que tem a ver com condições de trabalho, com o tipo e a origem da demanda que chega aos profissionais e ao que se pretende responder em cada contexto histórico. Em outras palavras, requer análise sobre o que é o Serviço Social, qual é seu objeto e seu lócus de intervenção (AZEVEDO,2013, p.326).

Em um estudo realizados com assistentes sociais para identificar as metodologias de atenção às famílias, desenvolvidas pelo Serviço Social, demonstrou que “quanto ao instrumental técnico-operativo utilizado para a efetivação do seu trabalho com famílias, verificamos que os entrevistados apontam uma diversidade de instrumentos e técnicas entre os quais se sobressaem os encaminhamentos” (DE JESUS; ROSA; PRAZERES, 2004, p. 64).

Maciel, 2018 traz que é através:

(...)desses instrumentos juntamente com a técnica que permite que os profissionais concretizem sua ação profissional, no enfrentamento das situações posta nos espaços ocupacionais de atuação dos assistentes sociais, e este instrumento devem ser analisados e adaptados conforme as necessidades e a realidade da 50 intervenção profissional. O instrumento não pode ser escolhido de forma aleatória, pelo contrário, deve ser feito uma análise sobre a realidade do usuário (MACIEL, 2018, p.49).

Em seus estudos Maciel 2018 aponta que a acolhida é um dos instrumentos técnico-operativos, utilizado no trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais junto aos usuários atendidos no Cemitério Vertical. Sendo que “o desenvolvimento da acolhida exige determinadas habilidades técnicas da profissão, visto que é uma importante estratégia para a operacionalização da garantia de direitos,

principalmente no que se refere aos direitos civis e humanos em processos de morte” (MACIEL, 2018, p.58).

Santos, 2017 traz como objetivo em seus estudos descrever e analisar o estudo socioeconômico como principal instrumental técnico-operativo para acesso aos programas de assistência estudantil da Universidade de Brasília tendo como resultado que “o instrumental técnicooperativo avaliação socioeconômica(...)” é “(...)um dos principais mecanismos utilizados para acesso à assistência estudantil na Universidade de Brasília”(SANTOS, 2018, p. 6).

Oliveira, Duda e Camelo, 2018, em seus estudos trouxeram que

A grande e crescente demanda, a carência de profissionais e a burocracia foram também apontadas como dificuldades por todos os setores, visto que é exigido maior tempo com preenchimento de relatórios e pesquisas e menos tempo com o usuário, ao passo que, contraditoriamente, esses elementos ajudem na maior organização do trabalho. Podemos perceber que esses pontos estão inter-relacionados e podem revelar a precarização do trabalho do(a) assistente social(...) (OLIVEIRA; DUDA; CAMELO, 2018, p.107-108).

O que corrobora com nossos estudos pois a burocracia aliada a falta de tempo e a precarização do trabalho pode ser considerado um fator para o não preenchimento completo das FSD.

Em uma pesquisa realizada em instituições públicas, privadas e ONGs na perspectiva de mapear instrumentos e técnicas utilizados no cotidiano do trabalho do assistente social foi apontada como dificuldades estruturais e materiais a disponibilidade de recursos (OLIVEIRA; DUDA; CAMELO, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumental técnico-operativo é fundamental na intervenção o do trabalho do assistente social na efetivação dos direitos sociais. A escolha do instrumental é uma escolha estratégica considerando a direção social a intencionalidade que vise possibilitar o acesso dos indivíduos aos seus direitos.

Os instrumentais não podem ser dispostos como um fim em si mesmo, configurando assim uma falha que contribuiria para as técnicas conservadoras. A técnica não seria um meio, mas sim um fim específico, correndo o risco de se tornar um passo a passo, pois não se utilizaria a base teórico-metodológico, mas sim um senso comum, que pode vir a se tornar uma rotina, um agir mecânico (SERRA, 2021)

O assistente social consegue apontar quais os instrumentais estão utilizando, mas não consegue demonstrar quais os fundamentos. É preciso fundamentação para os instrumentos e as técnicas, assim

como argumentação teórico-crítica pela qual a dimensão técnico-operativa pode ser pensada de forma crítico dialético aplicando-se a práxis (SERRA, 2021).

De acordo com Serra, 2021, p.25

Nesta concepção é evidente que os fundamentos do Serviço Social por si só não determinam os processamentos para a intervenção do assistente social, pois com o tempo o profissional pode atuar mecanicamente. A intervenção do profissional, nesse caso, é efetivamente remetida a um conhecimento adquirido historicamente, empírico, que se desenvolveu e assimilou-se na divisão social do trabalho, ou seja, a intervenção e a escolha de qual instrumento utilizar pelo assistente social acabou reduzida pelo seu cotidiano e não embasada pelos fundamentos do fazer profissional.

Destacam-se, no âmbito da gestão e do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações, destinadas à construção da intersetorialidade, onde são criados protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais, e constituem a base para o trabalho do assistente social na saúde. “Ainda, devem ser mencionadas as ações voltadas à estruturação de bases de dados, alimentadas pelo processo de trabalho documentado (diários, relatórios, estudos, fichas) do assistente social.” (MIOTTO, NOGUEIRA, 2010, p. 239).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

AZEVEDO, Isabela Sarmet de. A Relação Teoria/Método/Instrumentais: uma leitura a partir da concepção de profissão - The Relationship Theory/Method/Instrumental: a reading from the conception of profession. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 325 - 333, 20 dez. 2013.

BATTINI, O. A questão da instrumentalidade do Serviço Social. Texto de apoio para discussões na disciplina de Metodologia de Serviço Social. Curitiba, -2001. Disponível em: Acesso em: 31 ago. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010.

GUERRA, Tamaria Monique Silva; COSTA, Maria Dalva Horacio da. Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS/Professional Training of the Multiprofessional Team in Health: the understanding of intersectoriality in SUS context. RevTexts&Contexts. (PORTO ALEGRE), v. 16, p. 454-469, 2017.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade do Serviço Social. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: Programa de capacitação continuada para assistentes sociais - Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas de sociais. Brasília: CFESS-ABEPSS – CEAD/NED-Unb, 2000. p. 52-63.

DE JESUS, Cristiane da Silva; ROSA, Karla Terezinha; PRAZERES, Greicy Gandra Soares. Metodologias de atendimento à família: o fazer do assistente social. Acta Scientiarum. Health Sciences, v. 26, n. 1, p. 61-70, 2004.

MACIEL, Thaysa da Silva. A acolhida como instrumento técnico operativo do serviço social no cemitério vertical. 2018. 78 f. Monografia (Curso de Serviço Social) - Centro Universitário Internacional UNINTER, Curitiba, 2018.

MIOTO, Regina Célia Tamasoet al. As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da universidade federal de Santa Catarina. Revista Serviço Social & Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 2, p. 185-209, 2012.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. Revista Textos & Contextos, Porto Alegre v. 8 n.1 p. 22-48. jan./jun. 2009

MIOTO, Regina Celio Tamaso.; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde –: desafios intelectuais e operativos. SER Social, v. 11, n. 25, p. 221-243, 23 maio 2010.

PINHEIRO, E. A. A prática de cuidados continuados integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS. 2017.162 f. Dissertação (mestrado em desenvolvimento local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2017.

LAVORATTI, Cleide; COSTA, Dorival (Org.). Instrumentos técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016. 261 p.;

SANTOS, Allane Valéria Ferreira. A avaliação socioeconômica para garantia de acesso à assistência estudantil: análise do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na UnB. 2017.87 f. Monografia (Curso de Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SERRA, Guilherme Cândido. Visita Domiciliar: instrumental técnico-operativo para a intervenção do Serviço Social. 2021.53 f. Monografia (Curso de Serviço Social)- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia 2021

SOUSA, Raquel de Brito ; VALE, Erlenias Sobral do. Trabalho e instrumentalidade do Serviço Social: a dimensão técnico-operativa em ONGs, instituições públicas e privadas. In: A dimensão técnico-operativa na literatura do serviço social: Balbina Ottoni Vieira, José Lucena Dantas e Anna Augusta de Almeida, p. 95-117, 2020.

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. Revista Emancipação, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, 2008.

UFMS. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Conselho de Faculdade da Faculdade de Medicina. Resolução nº 46, de 27 de Fevereiro de 2018. Aprova o Regulamento Interno do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (PREMUS-CCI), Área de Concentração: Atenção à Saúde do Idoso, da Faculdade de Medicina da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, anexo a esta Resolução. Boletim Oficial nº 6759, p. 215, 2018

O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES HOMENS ATENDIDOS EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Resumo: Este artigo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes homens idosos atendidos na modalidade de serviço Cuidados Continuados Integrados em um hospital de ensino. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e de análise documental, realizado em prontuários de pacientes atendidos entre o ano de 2014 e 2018 em Unidade de Cuidados Continuados Integrados(UCCI), no município de Campo Grande/MS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Parecer nº 3.789.889/2019 e CAEE nº 22858919.9.0000.0021. Os resultados evidenciaram prevalência de indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos (57,14%), casados (51,02%), ensino fundamental incompleto (57,14%), com renda mensal de até um salário mínimo (67,34%), aposentados (48,97%), acometidos por Acidente Vascular Cerebral/AVC (73,46%). Os achados desta pesquisa ressaltam a importância de ações em saúde voltadas para o público idoso do sexo masculino, considerando a heterogeneidade envolvida no “ser homem” e no “ser idoso” que envolvem o processo saúde doença. Fazendo-se necessárias ações de promoção e prevenção da saúde, planejadas para atingir especificamente esta parcela da população.

Palavras-chave: Envelhecimento, Cuidados Continuados Integrados, saúde do idoso, serviço de saúde, população idosa, perfil de saúde, Saúde do homem, homem idoso. Reabilitação.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, os debates acerca de questões relacionadas à saúde do idoso e a saúde do homem, se fazem necessários, uma vez que o envelhecimento aliado ao crescimento da esperança de vida tem aumentado o número de idosos que demandam dos serviços de saúde cuidados específicos e de longa duração, em virtude de doenças crônico-degenerativas que surgem com a idade avançada (Lopes *et al.*, 2020; António, 2020).

Em relação à saúde do homem, pesquisas apontam que as pessoas do sexo masculino, por não buscarem os serviços de saúde como as do sexo feminino, e serem mais resistentes à atenção primária, por barreiras socioculturais e barreiras institucionais, possuem uma maior taxa de morbimortalidade, tornando-se mais vulneráveis e adentrando no sistema de saúde por meio da atenção especializada quando o quadro clínico já se encontra muito agravado e de difícil reversão, causando onerosidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2008).

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem por objetivo a qualificação da saúde masculina e a integralidade das linhas de cuidado, “vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo as enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres” (Nardiet *al.*, 2007; Courtenay, 2007; Idb, 2006 Laurentietal, 2005; Lucket *al.*, 2000 apud Brasil, 2008, p. 05). Pelo exposto, justifica-se a opção por idosos do sexo masculino para a presente pesquisa.

Nota-se um crescente aumento na procura por atendimento na urgência e emergência, sendo esta uma porta de entrada de pacientes homens idosos no acesso ao serviço de saúde (Brasil, 2008).

Nesta perspectiva surge o serviço na modalidade Cuidados Continuados Integrados (CCI), desenhado prioritariamente para o público idoso, oferecendo o cuidado intermediário entre os serviços hospitalares de urgência e emergência e os serviços de atenção primária em saúde, sendo esta modalidade de cuidado prestada por equipe multiprofissional. Apresentando-se como alternativa para superar os desafios postos pelo cenário gerador de pacientes crônicos e de convalescença (Pinheiro, 2017).

A modalidade CCI ocorre em diversos países, tendo sido regulamentada no Brasil, em 2012, por meio da Portaria nº 2.809, que tem como ementa estabelecer a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de

Atenção à Saúde no âmbito do SUS, ou seja, organização de leitos de retaguarda para pacientes advindos da RUE, dos Hospitais de Agudos e das demais Redes (Brasil, 2012).

No município de Campo Grande/MS o serviço de saúde na modalidade de CCI ocorre na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), situada em um hospital de retaguarda para as Redes de Saúde que compõem o SUS.

O serviço em CCI tem como objetivo a recuperação, reabilitação e a reinserção familiar e social do paciente com perdas da sua funcionalidade, promovendo intervenções sequenciais de saúde e de apoio social, por meio de avaliação da equipe multiprofissional, propiciando a recuperação global do idoso em situação de dependência (Santos et al., 2018).

Na UCCI, lócus da referida pesquisa, “o período de internação ocorre entre quinze (15) dias a sessenta (60) dias, de acordo com o projeto terapêutico singular (PTS) realizado pela equipe multidisciplinar” (Lima e Scandola, 2018, p.38). Sendo esta equipe multidisciplinar composta pelos residentes em Serviço Social, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e Farmácia do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (PREMUS-CCI), da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), juntamente com os profissionais do hospital: fonoaudiólogo, médico, odontólogo e terapeuta ocupacional.

Diante do exposto, a pesquisa tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes homens idosos atendidos na modalidade em CCI.

MATERIAIS E METODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e de análise documental, realizado em UCCI, de um hospital de retaguarda, localizado no município de Campo Grande/MS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Parecer nº 3.789.889/2019 e CAEE nº 22858919.9.0000.0021.

Sendo incluídos na pesquisa os prontuários dos pacientes homens idosos atendidos em UCCI, compreendendo os anos de 2014 e 2018, que receberam alta hospitalar não abrangendo as demais formas de desinternação hospitalar. Por se tratar de um estudo retrospectivo somente serão analisados os prontuários no caso dos pacientes que estiveram internados no ano de 2018, que receberam alta hospitalar até dezembro do mesmo ano.

Não serão incluídos na pesquisa prontuários de pacientes atendidos em UCCI no período de janeiro/2014 a dezembro/2018: que sejam do sexo feminino de qualquer idade; do sexo masculino com idade igual ou inferior a 59 anos; que tenham tido alta por motivo de transferência, óbito, alta a pedido e os casos de evasão.

Do universo de 574 prontuários de pacientes atendidos na UCCI, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, em uma análise inicial, a população estudada correspondeu a 119 prontuários. Da população de 119 prontuários, 21 prontuários foram excluídos no decorrer da pesquisa por não conterem todas as informações necessárias para realização da pesquisa, sendo a pesquisa realizada com um total de 98 prontuários.

A caracterização do perfil sociodemográfico e clínico foi realizada através da coleta por meio de bancos de dados elaborado pela pesquisadora no programa Microsoft Excel®.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 98 prontuários de pacientes homens idosos, atendidos em UCCI entre os anos de 2014 e 2018, sendo as características sociodemográficas, em relação à faixa etária, estado civil e escolaridade, apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos homens idosos atendidos em UCCI entre 2014 e 2018 (idade, estado civil, escolaridade). Campo Grande - MS, Brasil, 2020. (N=98)

Dados Sociodemográficos	N	%
Idade		
De 60 a 69 anos	56	57,14%
De 70 a 79 anos	27	28,57%
De 80 a 89 anos	13	13,26%
Acima de 90 anos	1	1,02%
Estado Civil		
Casado	50	51,02%
Divorciado	22	22,44%
Viúvo	10	10,20%
Solteiro	11	11,22%
União Estável	5	5,10%
Escolaridade		
Não Alfabetizado	26	26,53%
Alfabetizado	2	2,04%
Ensino Fundamental Incompleto	56	57,14%
Ensino Fundamental Completo	4	4,08%
Ensino Médio Incompleto	2	2,04%

Ensino Médio Completo	6	6,12%
Ensino Superior Incompleto	1	1,02%
Ensino Superior Completo	1	1,02%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes atendidos entre os anos de 2014 e 2018.

No tocante à faixa etária 57,14% dos pacientes se encontravam entre 60 e 69 anos, 28,57% entre 70 e 79 anos, 13,26% entre 80 e 89 anos e 1,02% acima de 90 anos. No que se refere ao estado civil 51,02% eram casados, 22,44% divorciados, 10,20% viúvos, 11,22% solteiros e 5,10% união estável. Os dados referentes à escolaridade evidenciam que 26,53% dos pacientes não eram alfabetizados, 2,04% alfabetizados, 57,14% possuíam o ensino fundamental incompleto, 4,08% ensino fundamental completo, 2,04% ensino médio incompleto, 6,12%, ensino médio completo, 1,02% ensino superior incompleto, 1,02% ensino superior completo

As características sociodemográficas, em relação ao domicílio, zona urbana, zona rural estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos homens idosos atendidos em UCCI entre 2014 e 2018 (domicílio, zona urbana, zona rural). Campo Grande - MS, Brasil, 2020. (N=98)

Dados Sociodemográficos	N	%
Domicílio		
Campo Grande/MS	65	66,32%
Interior do Estado	33	33,66%
Morador		
Zona Urbana	83	84,69%
Zona Rural	15	15,30%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

Observa-se que 66,32% do paciente atendidos eram munícipes de Campo Grande/MS, e 33,66% provinham de outros municípios. Deste total de pacientes 84,69% eram moradores de zona urbana e 15,30% de zona rural.

Na Tabela 3 são apresentadas as características sociodemográficas em relação à situação trabalhista, renda, benefícios e moradia.

Tabela 3. Características sociodemográficas dos homens idosos atendidos na UCCI entre 2014 e 2018 (situação trabalhista, renda, benefícios e moradia). Campo Grande - MS, Brasil, 2020. (N=98)

Dados Sociodemográficos	N	%
Situação Trabalhista		
Empregado	17	17,34%
Desempregado	71	72,44%
Emprego Informal	10	10,20%
Renda		
Até 1 Salário Mínimo	66	67,34%
De 1 a 2 Salários Mínimos	15	15,30%
De 2 a 3 Salários Mínimos	3	3,06%
Acima de 3 Salários Mínimos	4	4,08%
Sem Renda	10	10,20%
M, Benefícios		
Aposentadoria	48	48,97%
Auxílio-doença	7	7,14%
Pensão por morte	1	1,02%
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	28	28,57%
Bolsa Família	1	1,02%
Vale Renda	1	1,02%
Não recebe qualquer benefício	10	10,20%
Recebe Salário (CLT)	12	12,24%
Moradia		
Própria	65	66,32%
Alugada	12	12,24%
Cedida	19	19,38%
Outras	2	2,04%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

Concernente à situação trabalhista a maioria dos pacientes, 72,44%, encontravam-se desempregados, 17,34% empregados e 10,20% estavam em situação de trabalho informal. A renda auferida por 67,34% dos pacientes era de até um salário mínimo, 15,30% recebiam de 1 a 2 salários mínimos, a renda de 2 a 3 salários mínimos e acima de 3 salários mínimos atingiram o percentual de 3,06% e 4,08% respectivamente, já os pacientes sem percepção de renda representaram 10,20% dos prontuários pesquisados.

Os benefícios previdenciários de aposentadoria, auxílio-doença, e pensão por morte atingiram os percentuais de 48,97%, 7,14% e 1,02% respectivamente, já os benefícios assistenciais de Benefício de Prestação Continuada (BPC), Bolsa Família e Vale Renda atingiram os percentuais de 28,57%, 1,02% e 1,02% respectivamente, 10,20% dos pacientes não recebiam qualquer tipo de benefício e 12,24%

recebiam salário em regime celetista. Em relação à moradia 66,32% residiam em imóvel próprio, 12,24% em imóvel alugado, 19,38% em imóvel cedida e 2,04% em outros tipos de moradia.

Os diagnósticos dos pacientes estão apresentados a seguir na Tabela 4.

Tabela 4. Diagnóstico dos homens idosos atendidos em UCCI entre 2014 e 2018. Campo Grande - MS, Brasil, 2020. (N=98)

Características clínicas	N	%
Diagnóstico		
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	72	73,46%
Síndrome de GuillainBarré	5	5,10%
Síndrome de Fournier	3	3,06%
Polineuropatia do Paciente Crítico	2	2,04%
Outros diagnósticos	16	16,32%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

Observa-se que 73,46% foram acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), 5,10% Síndrome de Guillain Barré, 3,06% Síndrome de Fournier, e 16,32% apresentaram outros diagnóstico.

DISCUSSÃO

O envelhecimento é um processo natural, constituindo-se de um direito social e personalíssimo do idoso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz o envelhecimento em quatro estágios, sendo eles a meia-idade compreendido entre 45 e 59 anos de idade, o idoso entre 60 a 74 anos de idade, o ancião aqueles entre 75 a 90 anos e a velhice extrema compreendendo as pessoas acima de 90 anos de idade (Ahmad *et al.*, 2001).

No Brasil, por força do art. 1º, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, considera-se pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 60 anos (Brasil, 2003).

Os dados obtidos com a pesquisa revelam que maioria dos pacientes atendidos (57,14%) estava na faixa etária de 60 a 69 anos de idade. Porém, nota-se, através dos dados descritos na Tabela 1, que os atendimentos realizados em UCCI, entre os anos de 2014 e 2018, abrangeram pacientes de três estratos de classificação da OMS, sendo eles: idosos, anciãos e velhice extrema. Os pacientes casados

e em união estável somam-se 56,12% da população estudada, e os viúvos, divorciados e solteiros 43,86%.

Em relação à escolaridade, evidencia-se que a grande maioria dos pacientes atendidos possui baixa escolaridade. A soma dos percentuais dos não alfabetizados, alfabetizados, e dos que possuem o ensino fundamental incompleto e completo, atinge 89,79% dos pacientes homens idosos, chamando a atenção para a proporção dos não alfabetizados (26,53%) e dos que possuem o ensino fundamental incompleto (57,14%). Entre os que possuem o ensino médio incompleto e completo, e o ensino superior incompleto e completo atinge-se o percentual de 10,20%, sendo que apenas 1,02 possuem o ensino superior completo.

Estes dados vêm de encontro com os estudo de Guibu *et al.* (2017) que apontam o grau de escolaridade dos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, evidenciando que os analfabetos somam 11,9%, o ensino fundamental 59,8%, o ensino médio 23,3% e o ensino superior 5,0% da população nacional atendidas pelo SUS na APS, o estudo ainda evidencia que as pessoas do sexo masculino possuem um menor número de escolaridade quando comparados com o sexo feminino.

De acordo com Santos e Gomes (2019, p.1) “o contexto do envelhecimento populacional e da escolaridade, associado ao universo dos idosos, está basicamente relacionado ao âmbito da saúde, seja na prevenção de doenças, seja no combate a elas, com vias a qualidade de vida ou autonomia desse grupo”. Desta forma, pode se afirmar que a questão da baixa escolaridade, em pacientes atendidos pelo SUS, está intimamente ligada ao controle e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis.

Do percentual de pacientes atendidos, que compõe a amostra deste estudo, 66,32% residiam em Campo Grande-MS, capital do estado e sede do Plano Piloto de implantação da modalidade em CCI no ano de 2013. E 33,68% dos pacientes residiam nos demais municípios do interior do estado. Sendo que do total de pacientes homens idosos atendidos 84,69% provinha de zona urbana e 15,30% de zona rural.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE (2019a; 2019b) o estado de Mato Grosso do Sul possui 79 municípios, tendo uma população total estimada em 2.778.986 habitantes, deste 2.097.238 vivem em zona urbana e 351.786 em zona rural, sendo que a população de homens idosos do estado corresponde a 111.773 pessoas. O município de Campo

Grande-MS possui aproximadamente 895.982 habitantes, dos quais 31.470 são homens idosos.

No Brasil o idoso vivendo em território rural, é uma área pouco estudada, entretanto pode-se afirmar que o cotidiano vivido pelo indivíduo senescente está inteiramente ligado ao processo de envelhecimento do mesmo, sendo os riscos sociais, físicos, biológicos, econômicos e financeiros determinantes para o processo de envelhecimento saudável. Nesta perspectiva tem-se a zona rural como um fator externo que influencia no processo saúde-doença do idoso.

O meio rural pode apresentar condições que impactam negativamente na saúde da população idosa que reside neste espaço, tais como: a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, dificuldade no acesso ao transporte, condições ruins das estradas ou mesmo a falta delas, distâncias geográficas consideráveis, dificuldade na aquisição de gêneros alimentícios, farmácia e vestuários (GARBACCIO *et al.*, 2018).

A moradia precária e com barreiras arquitetônicas que dificultam acessibilidade e adaptações necessárias ao processo de envelhecimento, a falta de saneamento básico, o tempo gasto para os deslocamentos até as cidades, o abastecimento de água e energia elétrica, o acondicionamento do lixo a céu aberto, enterrado ou sua incineração, a rede de apoio constituída apenas pela família ou vizinhos podem ser consideradas como questões de saúde pública, que tem um peso maior sobre a população idosa rural.

Em relação à situação trabalhista, a maior parte (72,44%) dos pacientes, encontravam-se desempregados, 10,20% exerciam atividade no mercado informal, e apenas 17,34% mantinham-se empregados. Os dados evidenciam a realidade das políticas públicas vigentes, que não preparam o idoso para um envelhecimento produtivo, não os incorporando ou os mantendo no mercado de trabalho, não havendo programas que preparem o idoso para a aposentadoria.

Os estudo de Castro *et al.* (2019) apontam que houve um pequeno aumento da participação dos idosos no mercado de trabalho, no ano de 2012 os idosos empregados representavam 6,3%, e no ano de 2017 esse valor subiu para 7,4%. Sendo esta inserção de idosos em idades avançadas, no mercado de trabalho, possível desde que se tenha investimento em educação, saúde e capacitação deste público para o uso de novas tecnologias.

O idoso pode permanecer no mercado de trabalho formal ou informal, por não cumprir os critérios para aposentadoria, por receber um valor de benefício previdenciário ou assistencial que

não supra suas necessidades e precise ser complementado, ou mesmo para se manterem ativos na sociedade (Paolini, 2016).

Neste sentido, salienta-se a necessidade do mercado de trabalho, tanto na esfera privada como na esfera estatal, adequar-se para inserção dos idosos, tendo em vista o envelhecimento acelerado da população, gerando novos empregos para uma “população que muitas vezes tem baixa escolaridade e nível de qualificação inferior ao que o mercado capitalista tem exigido, porém, é passível de reciclagem” (Paolini, 2016, p. 180).

No tocante a renda da população estudada, 10,20% dos pacientes não auferia qualquer valor de renda, 67,34% auferiam renda de até um salário mínimo, 15,30% de um a dois salários mínimos, 3,06% de dois a três salários mínimos e 4,08% acima de três salários mínimos. Estes percentuais vêm de encontro aos dados do IBGE que no ano de 2010 apontava que a maior parte dos idosos vivia com renda domiciliar per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, e em 2018, apresentou que 7,5% da população idosa brasileira viviam abaixo da linha da pobreza (IBGE, 2010; IBGE 2019c).

Segundo Faustino *et al.* (2020, p. 2) a renda associa-se “ao empoderamento social e ao potencial de gastos com saúde para si e/ou outros membros da família”, colocando o idoso que está sem renda, ou a mesma mostra-se insuficiente, em situação de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade tem relação com status social, econômico e educacional. Em um estudo com 247 idosos de um serviço de atenção básica, que identificou a relação existente entre fragilidade, perfil sociodemográfico e vulnerabilidade social, evidenciou-se que majoritariamente a renda interfere no estado de saúde dos idosos que possuem acesso limitado aos serviços de saúde (Jesus *et al.*, 2017).

A maioria dos pacientes atendidos (48,97%) estava aposentada, 28,57% recebiam Benefício de Prestação Continuada (BPC) e 12,24% recebiam salário em regime celetista. Em relação aos demais benefícios previdenciários alguns pacientes recebiam auxílio-doença (7,14%) e pensão por morte (1,02%). No tocante aos demais benefícios assistenciais, alguns pacientes eram beneficiários dos programas Bolsa Família (1,02%) e Vale Renda (1,02%), sendo que 10,20% dos pacientes não recebiam qualquer tipo de benefício.

As aposentadorias, pensões e benefícios do Governo figuram como as principais fontes de renda, sustento e sobrevivência dos idosos no Brasil (Jesus *et al.*, 2017). A política de seguridade social composta pelas políticas de saúde, previdência social e assistência social, enfrenta vários desafios para o atendimento do idoso, entre eles destacam-se o seu orçamento, que vem sendo utilizado através da

Desvinculação de Receitas da União (DRU) em outros setores causando o déficit no financiamento da seguridade social.

Em um estudo que analisou os impactos financeiros na vida familiar durante a internação em UCCI, constatou-se que os benefícios sociais e previdenciários mantiveram a renda familiar neste período, sendo o paciente internado o principal provedor da casa. Trazendo a importância da seguridade social na garantia dos direitos à saúde, apontando o BPC, a aposentadoria e o auxílio-doença como fonte de renda durante a internação hospitalar, que promove a segurança da família e do próprio paciente internado (Lima e Scandola, 2018).

A política de saúde é de caráter universal e gratuito, sendo garantida a brasileiros e estrangeiros, independe de contribuição; a política de previdência social é de caráter contributivo, tendo direito apenas aqueles que para ela contribuem; já a política da assistência social é de caráter não contributivo, sendo beneficiários os que dela necessitarem, os considerados hipossuficientes.

De acordo com Faustino (2020) as políticas que visam à proteção de renda para idosos se ampliaram a partir dos anos 2000, e garantem aos idosos com baixa renda benefícios como o BPC, que consiste na garantia de salário mínimo destinada a pessoas com deficiência, de qualquer idade, e idosos maiores de 65 anos que atendam aos requisitos de vulnerabilidade social estabelecido em lei.

O Programa Bolsa Família (PBF) surgiu em 2003 e consiste em um programa de transferência mensal de renda para famílias de baixa renda inscritas no CadÚnico, que cumpram as condicionalidades do programa, criado através de medida provisória, e a posteriori convertido em lei (Medeiros et al. 2017).

O Vale Renda é um programa de transferência de renda mensal que abrangem as famílias sul-mato-grossenses em situação de vulnerabilidade, sendo desenvolvido pela Superintendência de Benefícios Sociais, da Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho-SEDHAST (SEDHAST, 2014).

A aposentadoria, o auxílio-doença e pensão por morte são benefícios previdenciários, dos quais somente terão direito o segurado ou os dependentes, no caso da pensão por morte, que esteja em gozo de qualidade de segurado ou dentro dos critérios de elegibilidade para dependentes, e tenham cumprido a carência do benefício.

A aposentadoria encontra-se dividida em quatro tipos: aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de contribuição, aposentadoria especial e aposentadoria por invalidez, tendo cada uma sua especificidade para concessão (Costa, 2019).

O auxílio-doença será concedido ao segurado que por comprometimento físico ou mental, fique impossibilitado de exercer sua atividade laborativa por um período superior a 15 dias (Souza, 2019).

A pensão por morte é o benefício que fará jus o beneficiário do segurado que vier a falecer, tendo direito o cônjuge, companheiro(a), filho(a) não emancipado e menor de 21 anos ou incapacitado para reger os atos da vida civil de qualquer idade, genitor (a), irmão (ã) menor de 21 anos ou incapaz para o trabalho de qualquer idade, cônjuge divorciado ou separado judicialmente que prove dependência econômica do segurado (Costa, 2019).

Concernente à moradia, a maioria dos pacientes (66,32%) residiam em imóvel próprio e 12,24% em imóvel alugado, o percentual de idosos vivendo em imóvel cedido foi de 19,38% e outros tipos de moradia 2,04%. A porcentagem de pacientes que não residem em imóvel próprio atingiu um total de 33,66%. Entretanto, a realidade vivida por muitos brasileiros, é de desproporcionalidade, principalmente em relação aos que estão inseridos em extratos mais pobres, entre a demanda por habitação e a oferta de moradias.

As políticas de habitação no Brasil sempre tiveram foco na casa própria, na década de 40 foi criada a Fundação da Casa Popular, entre as décadas de 60 e 80 foi instituído o Sistema Financeiro da Habitação, após a Constituição Federal de 1988 as políticas municipais de habitação tinham foco na outorga de cartas de crédito, e no ano de 2009 o governo lança o Programa Minha Casa, Minha Vida, trazendo “a difusão e a valorização da propriedade imobiliária em detrimento das moradias de aluguel” (Pasternak e Bogus, 2014, p. 236).

Os estudos de Pasternak e Bogus (2014, p. 243) apontam o aluguel como uma alternativa para a redução do déficit habitacional em camadas de renda baixa, tendo em vista o direito constitucional à moradia digna. Colocando o mercado de aluguel como uma opção para os “casais divorciados, casais mais velhos cujos filhos já abandonaram o lar parental e queiram reduzir o tamanho de sua unidade habitacional sem comprometer o patrimônio”, trazendo que o aumento da população idosa demanda também “certo tipo de casa, já que, muitas vezes, o idoso mora só”.

No tocante ao diagnóstico, nota-se uma grande proporção (73,46%) de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), seguidos de Síndrome de GuillainBarré (5,10%) e Síndrome de Fournier (3,06%).

De acordo com Gomez (2015), 51% das mortes por AVC são causadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença crônica não transmissível mais frequente na população brasileira, considerada um problema de saúde pública.

Em um estudo que analisou a prevalência de HAS entre homens e mulheres moradores da região da Amazônia Legal, constatou-se que a prevalência maior de HAS é em indivíduos do sexo masculino sendo maior na faixa etária de 50 a 59 anos (Silva et al., 2016).

A HAS tem alta prevalência, baixa taxa de controle e baixa taxa adesão ao tratamento, principalmente na população masculina, pois o controle de doenças crônicas geralmente exige um maior comprometimento do paciente, que necessitará de consultas periódicas, e mudanças de hábitos de vida.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008) traz a masculinidade hegemônica como eixo estruturante da não procura aos serviços de saúde, por parte dos indivíduos homens, elencando como motivos da não-adesão às medidas de promoção à saúde, por parte desta população:

- Os estereótipos de gênero, que criam uma cultura machista, onde o homem é visto com um ser viril e a doença como fragilidade, sendo assim, inerente a feminilidade e não a masculinidade;
- O autojulgamento de invulnerabilidade, que contribui para uma maior exposição aos riscos;
- A rejeição ao adoecimento;
- As ações desenvolvidas pelas unidades de saúde privilegiando determinados grupos (saúde da criança, o adolescente, da gestante, da mulher, do idoso), e poucas ações específicas ao público masculino.
- A posição de provedor historicamente atribuída ao homem e o horário de atendimento dos serviços de atenção básica, que são incompatíveis com a rotina de trabalho.

- A dificuldade no acesso aos serviços de saúde, como as filas para marcação de consultas e exames, unidades sem profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, etc.) ou com déficit, trabalhando com um número muito reduzido.

A desigualdade social pode se configurar em diferentes formas de adoecimento, em um estudo que analisou os fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos, identificou a renda baixa como um fator associado a não adesão de consultas médicas (Bibiano *et al.*, 2019).

O grau de escolaridade dos indivíduos pode influenciar negativamente no controle de doenças crônicas não transmissíveis como a HAS. Dos pacientes atendidos em UCCI 89,79% tinham baixa escolaridade e 73,46% tiveram como diagnóstico o AVC. A pesquisa de Gomez (2015) evidencia que metade dos pacientes com HAS não controlado compõe-se de analfabetos, sendo o controle da doença elevado proporcionalmente ao grau de escolaridade, atingindo uma taxa de até 100% de controle da doença entre os indivíduos com nível médio completo.

O baixo nível de escolaridade é tido como um grande problema entre a comunicação e interação do paciente com HAS e profissional da saúde, principalmente no tocante as “orientações gerais, as prescrições dos diferentes fármacos e o entendimento por parte dos pacientes das palavras do profissional da saúde” (Gomez, 2015, p. 3).

Os estudos de Rodrigues *et al* (2020, p. 855) evidenciam que o baixo grau de escolaridade tem relação com o uso dos serviços de saúde sem regularidade. Este fato se deve em razão “da assistência e do cuidado em saúde dependerem não apenas da disponibilidade dos serviços, mas do entendimento da população e da própria aceitação da doença” que está vinculada ao nível de instrução desta população, sendo este indicador do nível socioeconômico que influencia no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Em relação à Síndrome de Guillain Barré em idosos existe uma carência na literatura de pesquisas que abordem a temática, sendo esta síndrome um distúrbio autoimune, geralmente provocado por um processo infeccioso anterior, podendo provocar desde fraqueza muscular a paralisia total de membro. De acordo com os estudos de França Junior (2005) o desenvolvimento de paralisia flácida aguda, provocado pela doença, e que gera grave incapacidade é mais frequente em idosos, tendo este público pior prognóstico para a doença. Sendo necessários maiores estudos para o entendimento e manejo da Síndrome de Guillain Barré no idoso.

No tocante a Síndrome Fournier, infecção bacteriana que ocasiona lesões na região perianal e genitália externa, observa-se uma predominância em pessoas do sexo masculino e em idosos debilitados. É uma doença causada por múltiplos fatores como o “diabetes mellitus, hipertensão arterial, etilismo, obesidade, dentre outras” (Lescano *et al*, 2019, p. 32625).

Considerando todas as singularidades e particularidade apresentadas pelos pacientes homens idosos atendidos em UCCI, ressalta-se a necessidade da assistência prestada por meio de uma equipe multiprofissional, através do trabalho interdisciplinar, que considerando o processo saúde-doença e sua relação com os condicionantes e determinantes da saúde, realize um atendimento de forma individualizada, garantindo a integralidade do cuidado em saúde.

O atendimento ao homem idoso deve ser realizado no modelo biopsicossocial, levando em consideração as características que são inerentes ao gênero e a idade, onde a equipe multiprofissional trabalhará os fatores biológicos, econômicos, psicológicos e sociais envolvidos no processo do adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode ser observado neste estudo um perfil majoritário de homens idosos, entre 60 e 69 anos, casados, com baixa escolaridade e baixa renda, diagnosticados com AVC, e que adentraram o serviço de saúde por meio da urgência e emergência, devido ao agravamento do seu quadro clínico.

O serviço de saúde em CCI pode ser visto como um novo modelo de atenção à saúde do idoso com perda da autonomia e funcionalidade. Por meio de uma equipe multiprofissional oferece serviços de reabilitação, prevenindo o agravamento e possíveis reinternações, trabalhando o paciente idoso em suas questões físicas, biológicas, sociais, psicológicas, nutricionais e farmacológicas.

Neste sentido, ressaltasse a importância de ações em saúde voltadas para o público idoso do sexo masculino, considerando a heterogeneidade envolvida no “ser homem” e no “ser idoso” que envolvem o processo saúde doença. Sendo necessárias ações de promoção e prevenção da saúde, planejadas para atingir especificamente esta parcela da população.

As questões referentes ao machismo, masculinidade, envelhecimento e velhice são construídas socialmente, culturalmente e historicamente pela sociedade, sendo assim, os pré conceitos estabelecidos por essas questões impactam não somente na saúde, como também nos demais aspectos do vivido humano.

A atenção à saúde do homem idoso deve ser considerada em suas diferenças de idade, pois cada extrato do envelhecimento, ou seja, idoso, ancião e velhice extrema, apresentaram demandas de saúde específicas; assim como também devem ser consideradas as questões referentes à situação socioeconômica, escolaridade, habitação, moradia e especificidades do meio urbano e rural.

REFERÊNCIAS

Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M (2001). Age Standardization Of Rates: A New Who Standard. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>Acesso em: 10 abr. 2020

Antônio M (2020). Active ageing and the culture of perfection.Saúdesoc. São Paulo. 29(1): 1-11. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902020000100203&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2020.

Bibiano AMB,Moreira RF, Tenório MMGO, Silva VL (2019). Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: uma revisão sistemática da literatura. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro. 24(6):2263-2278. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000602263&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2020.

Brasil (2003). Lei Federal nº 10.741, de 01 de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 26 abr. 2020

Brasil (2008). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.

Castro CMS, Costa MFL, Cesar CC,Neves JAB, Sampaio RF (2019). Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro. 24(11):4153-4162. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104153&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020

Costa LM (2019). Benefícios previdenciários: Uma análise acerca da tutela provisória do CPC.Revista Âmbito Jurídico. 186(22). Disponível em:<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-previdenciario/beneficios-previdenciarios-uma-analise-acerca-da-tutela-provisoria-do-cpc/>. Acesso em: 24 abr. 2020

Faustino CG, Levy RB, Canella DS, Oliveira C, Novaes HMD (2020). Income and out-of-pocket health expenditure in living arrangements of families with older adults in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 36(3): 1-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 mar. 2020

França Junior MC, Deus-Silva L, Castro R, Garibaldi SG, Pfeilsticker BHM, Nucci A, Marques Junior JFC (2005). Guillain-Barré syndrome in the elderly: clinical, electrophysiological, therapeutic and outcome features. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 63(3):772-775. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000500010&lng=en. Acesso em: 29 abr. 2020

Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ (2018). Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev. Bras. Enferm*. Brasília. 71(2):724-732. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000800724&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020

Gomez YEB (2015). Relação entre o nível de escolaridade e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Morada de Bethânia. 19 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta do SUS, Espírito Santo. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/8095/1/Yoendrys%20Eduardo%20Bosch%20Gomez..pdf>. Acesso em: 26 abr. 2020.

Guibu IA, Moraes JC, Junior AAG, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro MS, Leite SN, Álvares J (2017). Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. 51(2): 1-13. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300306&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020

IBGE (2019a). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/panorama>. Acesso em: 13 maio 2020

IBGE (2019b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente das Unidades da Federação e Grandes Regiões, enviada ao Tribunal de Contas da União - 2001-2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 13 maio 2020

IBGE (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro.

IBGE (2019c). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Disponível

em:<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2020

Jesus ITM,Orlandi AAS, Grazziano ES, Zazzetta MS (2017). Frailty of the socially vulnerable elderly. Acta paul. enferm.São Paulo. 30(6):614-620. Disponível

em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000600614&lng=en&nrm=iso)

21002017000600614&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020

Lima WCB, ScandolaEMR(2018). Os impactos financeiros na vida dos familiares durante a internação na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul.1(1):37-47.

Lescano FA, Pereira TO, Juliano FMS, Pinheiro Simões EA (2019). Tratamento da gangrena de fournier utilizando laser de baixa potência: relato de caso. InternationalJournalofDevelopmentResearch. 09(12):32625-32629. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/tratamento-da-gangrena-de-fournier-utilizando-laser-de-baixa-pot%C3%Aancia-relato-de-caso>. Acesso em: 29 abr. 2020.

Lopes EFB, Rotta CS, Pinheiro Simões EA, Assis MFBR (2020). Envelhecimento e Cuidados Continuados Integrados: Uma nova perspectiva no cuidado à saúde do idoso em Campo Grande/MS. Mais 60: Estudos Sobre Envelhecimento. 30(76): 42-52. Disponível

em:<https://www.sescsp.org.br/files/artigo/75336e92/509a/4980/aee2/9be433f39187.pdf>.Acesso em: 19 abr. 2020.

Medeiros M, Britto T, Soares F (2007). Transferência de renda no Brasil. Novos estud. – CEBRAP. São Paulo. 79:5-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2020.

Paolini KS (2016). Desafio da inclusão do idoso no mercado de trabalho. RevBrasMed Trab. 14(2):177-82. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/310491234_Desafios_da_inclusao_do_idoso_no_mercado_de_trabalho. Acesso em: 24 abr. 2020.

Pasternak S, Bogus LMM (2014). Habitação de aluguel no Brasil e em São Paulo. Cad. CRH. Salvador. 27 (71): 235-254. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792014000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020.

Pinheiro EA (2017). A prática de cuidados continuados integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS. 162 f. Dissertação (mestrado em desenvolvimento local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.

Rodrigues AMAM, Cavalcanti AL, Pereira JLSH, Araújo CLC, Bernardino IM, Soares RL, Freire DEWG, Soares RSC (2020). Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. Ciência & Saúde Coletiva. 25(3):845-858. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19532018>. Acesso em: 26 abr. 2020.

Santos MR, Gomes MMF (2019). Envelhecimento Populacional, Escolaridade e o contexto dos Idosos: Enfoque Metaanalítico Consolidado de 1991 a 2018 na Web Of Science. In: XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais - População, sociedade e políticas: desafios presentes e futuros. Poços de Caldas. Disponível em: <http://www.abep.org.br/xxiencontro/arquivos/R0174-1.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

Santos SCS, Pinheiro EA, Loureiro MDR, Pompílio MA, Sales APA (2018). O enfermeiro no processo reabilitação do idoso em cuidados continuados integrados. Atas-Investigação Qualitativa em Saúde. 1:877-882. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1858>. Acesso em: 24 abr.

Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM (2016). Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. Revista Brasileira de Epidemiologia. 19(1):38-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010004>. Acesso em: 26 abr. 2020.

Souza MC (2019) O Instituto do Auxílio Doença Previdenciário e Suas Particularidades. Revista Âmbito Jurídico. 187(22). Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-previdenciario/o-instituto-do-auxilio-doenca-previdenciario-e-suas-particularidades-2/> Acesso em: 24 abr. 2020

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: DEMANDAS DE HOMENS IDOSOS APRESENTADAS AO SERVIÇO SOCIAL



conhecimentolivre.org/home



contato@conhecimentolivre.org



[editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)

Eli Fernanda Brandão Lopes
Lena Lansttai Bevilaqua Menezes
Edivania Anacleto Pinheiro Simões
Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE