

O SERVIÇO SOCIAL EM UMA EMERGÊNCIA PÚBLICA: a importância do trabalho em redes no contexto da pandemia de COVID-19.

**Rosana M^a de Lima - rmlima@hcpa.edu.br
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Me. Serviço Social, assistente social**

**Lani Brito Fagundes - lfpinto@hcpa.edu.br
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Esp. Saúde Pública, assistente social**

**Xênia M^a Tamborena Barros – xbarros@hcpa.edu.com
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Esp. Saúde Pública, assistente social**

**Bruna Souza Machado - bsmachado@hcpa.edu.br
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Me. Serviço Social, assistente social**

**Vanessa Soares Patta - vpatta@hcpa.edu.br
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Residência Multiprofissional em Saúde (RIMS), assistente social**

RESUMO

O objetivo deste resumo é refletir a respeito da atuação de uma equipe do Serviço Social inserida numa Emergência Hospitalar Pública e a importância da rede de serviços frente à pandemia da COVID-19, considerando as desigualdades sociais que caracterizam o país. Como metodologia, optou-se pela realização de um relato de experiência, tendo por base a articulação das redes de serviços intrasetorial e intersetorial, necessária para resolutividades das demandas sociais, dentro do processo de assistência numa Emergência Hospitalar. Nesta perspectiva, problematiza-se os desafios da assistência integral em saúde, bem como o necessário mapeamento da rede de serviços inserida no território de referência do usuário e também as condições de resposta e reorganização frente ao momento vivenciado. Como resultados, espera-se contribuir para ampliação da discussão a respeito do trabalho em redes como estratégia para operacionalização da assistência integral em saúde e acesso a direitos, bem como evidenciar o necessário fortalecimento de políticas públicas como forma de proteção social e sanitária diante de um contexto pandêmico.

Palavras chave: Serviço Social, Emergência Hospitalar, Redes de Atenção à Saúde.

I. INTRODUÇÃO

Na cidade de Wuhan, na China, um elevado número de habitantes passou a apresentar infecção respiratória grave e desconhecida, em um curto espaço de tempo, sinalizando o início de um surto. Em seguida, uma nova variedade do vírus do tipo Corona foi identificada, com casos espalhando-se por outras regiões do país e fora dele, tendo início a epidemia e, com o aumento rápido de casos de Covid-19 por quase todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia, isto é, o pior dos cenários, segundo a epidemiologia (SEGATA, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Covid-19, doença causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2), “apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves” e cerca de 80% dos pacientes podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas). Destes, aproximadamente 20% dos casos requer atendimento em âmbito hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, e 5% podem necessitar de suporte ventilatório (BRASIL, 2020).

O impacto da pandemia no Brasil se dá em um momento em que está em curso “um processo de transformação com clara tendência conservadora e de acentuação das desigualdades sociais e das desigualdades em saúde” (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018). A esse contexto de perda de direitos, os brasileiros acometidos pela Covid-19 estão vulneráveis de diferentes formas, devido a sua condição social e dificuldades de acesso à rede de serviços, historicamente precarizada, retrocesso este que a pandemia torna ainda mais evidente.

Apesar do seu impacto desigual, a pandemia deixou claro aquilo que profissionais de saúde e movimentos sociais denunciam há décadas: a necessidade de termos um sistema de saúde pública abrangente e universal com alto nível de qualidade, e mostrou a importância de todos terem acesso ao saneamento ambiental. A pandemia também deixa clara a necessidade de repensarmos o modelo de desenvolvimento que tem sido implementado no mundo globalizado, ambientalmente insustentável, socialmente desigual e produtor de desastres que cada vez mais recorrentes e com consequências globais, especialmente em países periféricos e cada vez mais dependentes, como o Brasil (INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL, 2020, p.03).

Por outro lado, na América Latina, o Brasil é uma exceção em termos de existência do sistema único de saúde. Estudos demonstram que países com sistemas públicos de acesso universal tem melhor resposta frente às pandemias, pois “entre desafios e contradições, os pesquisadores não tem dúvida do saldo positivo de se ter um sistema público e universal de saúde antes, durante e depois de uma crise sanitária (GUIMARÃES; MACHADO, 2020, p.03).

Diante do exposto, cabe detalhar que a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/90 fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) que regula as ações e serviços de saúde no país, organizados de forma descentralizada e hierarquizada. O SUS tem como princípios, dentre outros, a universalidade de acesso, a integralidade na assistência e a equidade (BRASIL,

1990). Dentro desta perspectiva, é importante ressaltar os princípios que norteiam a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, conforme segue: universalidade, integralidade, respeito à autonomia, participação da comunidade, equidade, direito à informação, organização dos serviços com a finalidade de evitar duplicidade com fins idênticos, dentre outros (BRASIL, 1990). A Portaria de GM nº 4279/2010 tem o papel de estabelecer as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS e também tem como foco superar a fragmentação da atenção em saúde.

A RAS é “definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Essa é uma estratégia de organização que também é sensível à diversidade das regiões brasileiras e epidemiológicas. A Atenção Primária à Saúde tem o papel de centralizar a comunicação entre os pontos de atenção (BRASIL, 2010).

Conforme material sistematizado pelo Ministério da Saúde (2012) no Brasil estavam sendo implementadas as RAS que foram definidas de acordo com as agendas em saúde priorizadas nas instâncias municipal, estadual e federal. A Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, a qual se refere a “Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde”, cita, em seu artigo terceiro, as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, conforme segue: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Diante do exposto, cabe mencionar que em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS.

O Manual Instrutivo da RUE lançado em 2013 faz referência a necessidade desta rede considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro o qual, conforme dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), apresenta uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Acrescenta-se a este contexto o rápido envelhecimento da população, tendo como consequência o significativo aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2013).

Com base na organização da RUE, cabe mencionar que a experiência que sustenta esta reflexão parte de um ponto de atenção que caracteriza-se como Emergência Pública com foco no atendimento clínico, cirúrgico, ginecológico e pediátrico. Sendo assim, a inserção da equipe de Serviço Social dentro deste contexto volta seu olhar para os aspectos sociais que impactam no processo saúde doença e, para tanto, considera-se os determinantes e condicionantes de saúde. Estes aspectos serão melhor detalhados no próximo item.

II. O SERVIÇO SOCIAL EM UMA EMERGÊNCIA PÚBLICA: os desafios e possibilidades em tempos de pandemia

O assistente social passou a ser caracterizado como profissional da saúde a partir da Resolução nº 287, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e também pela Resolução nº 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), sendo o profissional “apto a reconhecer as demandas socioassistenciais dos segmentos usualmente desprotegidos das políticas de saúde”. A busca por respostas qualificadas às necessidades dos usuários deve ter como referência os princípios do projeto da Reforma Sanitária, bem como do projeto

ético-político da profissão. Enquanto profissional da saúde, atribui-se ao assistente social “a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde” (CFESS, 1999). Além disso, a prática profissional contribui no atendimento das demandas imediatas da população e facilita o acesso à informações e ações educativas, na perspectiva de saúde enquanto resultado das condições sociais, econômicas e políticas do país (BOSCHETTI; BRAVO, 2017).

Uma emergência hospitalar tem como característica a alta rotatividade de usuários, exigindo das assistentes sociais intervenções e respostas rápidas mediante às mais diversas situações, bem como um estado de prontidão para atuação em situações complexas. Para tanto, a intervenção social inicia-se com uma avaliação que irá identificar limites e potencialidades do contexto social apresentado. Para esta leitura faz-se necessária a compreensão da condição de saúde do paciente e identificação das necessidades de suporte e cuidado também fora do âmbito hospitalar.

Dentre as demandas que se apresentam, estão as situações suspeitas de violência, suspeitas de negligência, má adesão aos planos de cuidado propostos, reinternações frequentes, situações oriundas de patologias crônicas, dependência química, demandas relacionadas às pessoas idosas, pessoas em situação de rua, disponibilização de benefícios institucionais, avaliação do suporte familiar/comunitário, entre tantas outras situações que surgem no cotidiano hospitalar.

Diante do contexto sanitário vivenciado e a exigência de se adaptar a modelos diferenciados de compreensão da realidade e estratégias interventivas, que visam a proteção da saúde dos trabalhadores e também dos usuários, tem-se experienciado o uso do teleatendimento como ferramenta. A isso, soma-se o importante papel da equipe de saúde multiprofissional numa emergência clínica no suporte às famílias e aos pacientes com suspeita ou diagnóstico positivo para a Covid-19. Observa-se que vivenciam um processo de sofrimento relacionado à situação de adoecimento do familiar, a necessidade de distanciamento, bem como as medidas e condutas sanitárias de cuidado a serem adotadas pelos demais membros da família. Ainda nesta perspectiva, coloca-se como desafio o suporte às demandas que emergem da população em situação de rua.

Após acolhimento e avaliação social inicial da situação apresentada pelo usuário, a equipe de serviço social aciona a rede interna do serviço de emergência, no sentido de articular o atendimento da equipe multiprofissional (psicólogo, nutricionista, enfermeiro, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico), para intervenção no caso. Cabe ressaltar que

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (CECÍLIO; MERHY, 2003, 02).

O desfecho do caso, na perspectiva da organização do cuidado, pode resultar na internação do paciente, transferência para hospital de retaguarda (menor complexidade) e até mesmo alta hospitalar. Nesta última situação, é imprescindível o mapeamento da rede de serviços intrasetorial (unidades de saúde da família, Programa Melhor em Casa, serviços especializados, etc) e interssetorial (previdência social, habitação, serviços da política de

assistência social, entre outros), como forma de sustentação do cuidado em saúde no âmbito do território. Dentro desta perspectiva, há que se identificar a forma com estão organizados os serviços frente às orientações sanitárias impostas pela pandemia, visando a melhor orientação ao usuário e a construção de estratégias que sejam viáveis.

A terminologia “rede” ganhou diversos significados ao longo dos tempos e foi utilizada em diferentes situações. A origem da palavra vem do latim *retis* e seu sentido está ligado à ideia de um entrelaçamento de fios com aberturas regulares, tomando o aspecto de um tecido, uma malha, uma estrutura reticulada (KERN, 2006). O termo, por si só, provoca a ideia de conexão, vínculos, articulação, relações horizontais, parcerias e interdependência de serviços, visando a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados (BOURGUIGNON, 2007). Isso evidencia o quanto o trabalho em rede se faz necessário, no sentido do compartilhamento do cuidado em saúde com os demais serviços presentes no território de moradia do paciente.

No documento “O SUS de A a Z”, localiza-se a seguinte definição para o que se compreende como integralidade:

É um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009, p. 192).

O aspecto acima evidenciado referente a integralidade coloca ao profissional da saúde, ao usuário e a rede de serviços de forma compartilhada um desafio para construção de respostas para além da demanda pontual apresentada no momento da assistência e chama atenção para outros aspectos que interferem em seu processo de saúde-doença. Sendo assim, o conceito de intersetorialidade em saúde coloca-se mediador da construção de respostas, considerando a peculiaridade de cada caso, pois

Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade (BRASIL, 2009, p. 193).

O termo intersetorialidade evidencia que o trabalho em rede se coloca como “meio” para o alcance de respostas efetivas às demandas da população. Além disso, provoca os profissionais no sentido de uma transição do cuidado em saúde, ao passo que nenhuma instituição é capaz de responder às demandas de um usuário em sua totalidade, que o mesmo usuário é “pertencente” a serviços diversos e as ações de cada espaço não tem um fim em si mesmas. A viabilidade do trabalho em rede intersetorial não depende de normas ou decretos, mas, sobretudo, da disponibilidade dos sujeitos que a compõe.

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As demandas sociais advindas do contexto saúde-doença, agravadas pelo contexto de desigualdades do país e a vivência de uma pandemia global, exige a articulação do Serviço de

Emergência com as políticas sociais que incidem sobre as condições de vida da população. Neste sentido, ressalta-se importância do trabalho dos assistentes sociais na saúde, enquanto profissionais que atuam pela integralidade e humanização do atendimento.

Além disso, a presente discussão evidencia que o trabalho em equipe multiprofissional amplia as possibilidades de intervenção mediante os determinantes e condicionantes de saúde. Espera-se contribuir para a ampliação da discussão a respeito do trabalho em redes como estratégia para a operacionalização da assistência integral em saúde e acesso a direitos por parte da população usuária. Evidencia-se também o necessário fortalecimento das políticas públicas como resposta para as requisições da população e como forma de preservação da vida.

IV. REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 51-60, Jan. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100051&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Ago 2020.

BOSCHETTI, Ivanete; BRAVO, Maria Ines. Mesa redonda - **Impactos da crise contemporânea na seguridade social: desafios postos aos assistentes sociais na saúde**. In: Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde. Conselho Federal de Serviço Social (CEFESS). Brasília, 2017. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf>>. Acesso em 10 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf> Acesso em 13 jul 2020.

_____. Ministério da Saúde. **O que é Covid**. Disponível em <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>>. Acesso em 30 jul 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 20, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 13 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.(Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf> Acesso em 17 jan. 2019.

_____. **Portaria de GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em 16 jan 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília 2012. Disponível em:
<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf> Acesso em 16 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 287 DE 08 DE OUTUBRO DE 1998.** Disponível em
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em 05 jul 2020.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** 2003. Disponível em
<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=386108&indexSearch=ID>>. Acesso em 31 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999.** Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. acesso em 05 jul 2020.

GUIMARÃES, Catia; MACHADO, Cristiani. Entrevista com Cristiani Machado. **A importância de um sistema de saúde público e universal no enfrentamento à epidemia.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio EPSJV /Fiocruz. Disponível em <

<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-importancia-de-um-sistema-de-saude-publico-e-universal-no-enfrentamento-a>>. Acesso em 01 ago 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **O combate à Pandemia Covid-19 nas periferias urbanas, favelas e junto aos grupos sociais vulneráveis**: propostas imediatas e estratégias de ação na perspectiva do direito à cidade e da justiça social. Disponível em:

<<http://www.ippur.ufrj.br/index.php/pt-br/noticias/outros-eventos/721-instituicoes-propoem-diretrizes-o-combate-a-pandemia-covid-19-nas-periferias-urbanas-favelas-e-junto-aos-grupos-sociais-vulneraveis-propostas-imediatas-e-estrategias-de-acao-na-perspectiva-do-direito-a-cidade-e-das-justica-social>>. Acesso em 06 ago 2020.

SEGATA, Jean. Boletim N° 2 - Covid-19: Escalas da pandemia e escalas da antropologia.

In: **Associação Brasileira de Ciência Política – ABCP**. Disponível em <

<https://cienciapolitica.org.br/noticias/2020/03/boletim-2-covid-19-escalas-pandemia-e-escalas-antropologia>>. Acesso em 30 jul 2020.