

## PÔSTER | SEGURIDADE SOCIAL: ASSISTÊNCIA SOCIAL, SAÚDE E PREVIDÊNCIA

### O PRONTUÁRIO AFETIVO NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA DO PIAUÍ: um relato de experiência da UTI

### THE AFFECTIVE MEDICAL RECORD FROM THE PERSPECTIVE OF HUMANIZATION IN AN EMERGENCY HOSPITAL IN PIAUÍ: an experience report from the UTI

Loraine Maria da Rocha Cavalcante<sup>1</sup>  
Diaponira Vitória da Silva<sup>2</sup>

#### RESUMO

O presente artigo trata sobre a estratégia do prontuário afetivo para usuários internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de alta complexidade, buscando através de estudos evidenciar o importante papel do assistente social no processo de humanização do usuário. O levantamento de dados ocorreu pela experiência vivenciada no Estágio Supervisionado, sendo constituída por uma pesquisa qualitativa que combinou pesquisa bibliográfica e documental. A expectativa é de que este estudo possa contribuir para que cada vez mais haja a efetividade da Política Nacional de Humanização em hospitais de alta complexidade, principalmente em UTI's.

**Palavras-chave:** Serviço social; Humanização, Prontuário.

#### ABSTRACT

The present article discusses the affective record strategy for patients hospitalized in an Intensive Care Unit (ICU) of a high-complexity hospital, aiming to highlight the important role of the social worker in the humanization process of the patient. Data collection was based on the experience gained during Supervised Internship, consisting of qualitative research that will combine bibliographic and documentary research. The expectation is that this study may contribute to

<sup>1</sup> Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí, Assistente Social Residente em Cuidados Intensivos no HU-UFPI. Email: lorainecavalcante13@ufpi.edu.br

<sup>2</sup> Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí, Mestra em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí e Assistente Social da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Email: dia.vitoria@gmail.com

furthering the effectiveness of the National Humanization Policy in high-complexity hospitals, particularly in ICUs.

**Keywords:** Social Work; Humanization; Affective Record.

## **1 INTRODUÇÃO**

Este relato de experiência tem como objetivo fortalecer e evidenciar o trabalho do Assistente Social no que tange à humanização em uma UTI, ainda pouco espreado. A técnica para a elaboração deste relato foi dividida em três momentos: é um esforço de caráter exploratório, o método utilizado foi o de revisão bibliográfica, revisão documental e revisão das normativas. A revisão bibliográfica tem o propósito de estudar artigos de interesse para a pesquisa, como livros, periódicos e capítulos de livro para precisar os conceitos.

Dessa maneira, estes esforços que deram cara a este relato de experiência estudaram como se configurou historicamente a política de saúde no Brasil, a inserção do Assistente Social como profissional da saúde e a atuação do (a) Assistente Social na UTI, voltada para ações de ligadas à política de humanização.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: um breve histórico**

A saúde pública Brasileira teve um marco importantíssimo para estar concebida como conhecemos hoje, a constituição de 1988, que estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e o acesso aos serviços seja universal e igualitário. No entanto, é necessário retroceder na história para entender como chegamos ao Sistema Único de Saúde que conhecemos atualmente.

Na década de 20 os únicos trabalhadores que tinham a aposentadoria garantida por lei eram os funcionários que operavam nas estradas de ferros, pois a lei Eloy Chaves de 1923 foi o pontapé inicial para um pagamento mensal para as pessoas idosas. É considerada a origem da previdência social, pois obrigava as companhias ferroviárias do país a criarem uma caixa de aposentarias e pensões (CAP's).

Em 1933, no governo de Getúlio Vargas, é instituído os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que diferente do CAP's, era vinculado a uma categoria profissional e não a

empresa, a receita dos IAP's era proveniente não somente da contribuição dos segurados e da empresa, mas também do Estado.

O Ministério da Saúde foi desvinculado do Ministério da Educação em 1953, com o objetivo de definir políticas públicas de saúde e melhorar o atendimento em zonas rurais. Na época também aconteceram as primeiras conferências sobre saúde pública no Brasil, que tiveram um papel muito importante ao levantar a discussão sobre a criação de um sistema de saúde para toda a população, garantindo que o acesso à saúde fosse universal.

Em 1970, apenas 1% do orçamento da União era destinado à saúde, e os cortes orçamentários resultaram na intensificação de doenças como dengue, meningite e malária. Para reverter a situação, o governo criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unindo todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930 e melhorando o atendimento médico.

Além disso, foram definidos o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Mais tarde, eles ajudaram na criação do SUS.

Até então, a saúde era vinculada ao Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), sendo os serviços assegurados apenas a quem contribuísse.

Bravo (2006) afirma que a construção do movimento sanitário acontece desde os anos 70 (fortalecendo-se nos anos 80), quando a ditadura militar já vinha sofrendo de uma profunda crise econômica e com isso o aumento significativo no movimento da saúde coletiva, assim avançando na elaboração de propostas que colocavam o setor público e a União como responsáveis pelo financiamento da saúde, não mais o setor privado.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1986 e contava com a presença não somente dos gestores, mas como também da população, introduziu a discussão de saúde para todos, propondo a Reforma Sanitária, que tinham como principais propostas:

universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (Bravo, 2006, p.9)

O movimento da Reforma Sanitária venceu e com a Carta Magna de 88 foi instituído um sistema público e universal da saúde no Brasil, que mais tarde ficaria conhecido como Sistema Único de Saúde, nosso SUS. O SUS, criado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), traz no Art. 7º que “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição” (Brasil, 1990), mas que obedecem aos seguintes princípios:

I-universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;  
II-integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;  
IV-igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990).

Sobre a integralidade da assistência, que se refere à continuidade no tratamento do usuário no SUS, independente de qual grau de assistência necessite, Ouverney e Noronha (2013) afirmam que este modelo tem produzido resultados, e que no Brasil se divide em três grandes grupos:

- a atenção básica, formada pelo programa de agentes comunitários de saúde, a estratégia da família e as unidades básicas e ambulatoriais hospitalares;
- a média complexidade formada por unidades ambulatoriais e hospitalares especializadas públicas e privadas;
- e as redes de alta complexidade de referência nacional em várias especialidades médicas (cardiologia, neurologia, oncologia, nefrologia, oftalmologia, entre outras) (Ouverney; Noronha, 2013, p.62).

O presente relato de experiência acontece no Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha (doravante denominado HUT), que foi inaugurado em 2008. É um hospital de Alta Complexidade, habilitado pelo Ministério da Saúde em 2015, fazendo parte da atenção terciária, que de acordo com o Ministério da Saúde (2022) é uma categoria caracterizada como:

Hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa fazem parte do nível de alta complexidade da atenção especializada. São locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco. Os especialistas da categoria estão aptos para tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção primária ou na média complexidade da atenção especializada, por serem mais singulares ou complexos. Há ainda assistência a cirurgias reparadoras,

processos de reprodução assistida, distúrbios genéticos e hereditários, entre outros tipos de cuidados para processos menos corriqueiros (Brasil, 2022).

O HUT é referência no estado em traumatologia e ortopedia, mas também recebe usuários que são a clara expressão dos determinantes sociais da saúde (DSS), termo que emergiu em 1973, que associa um conjunto de fatos, situações, comportamentos e vivências ao modo de como a saúde daquele indivíduo ou comunidade irá ser afetado. Vítimas de violência urbana, violência física, violência sexual etc.

O “novo” conceito de Saúde, elaborado em 1948 pela OMS, aborda o conceito de bem-estar biopsicossocial, Bravo e Matos (2006) afirmam que essa nova nomenclatura dada à saúde foi “o que determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social”. Assim, o assistente social atuava nos hospitais com a tarefa de educar os “clientes” (como eram chamados os usuários do sistema de saúde da época), eram abordados hábitos de higiene e saúde. Bravo e Matos (2006) asseveram que outro fator importante foi a consolidação da Política Nacional de Saúde, culminando em maiores gastos da previdência com a assistência médica, e que

Esta assistência [médica], por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (Bravo e Matos, 2006, p.3).

Observa-se, portanto, que a atuação do assistente social se faz necessária nos diversos níveis de complexidade da política de saúde. O Assistente Social é legalmente habilitado para atuar em qualquer instituição de saúde, independentemente do nível de estrutura e nível federativo em que se encontra a instituição, cumprindo o dever ético de democratizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, será analisado a seguir a atuação do/a Assistente Social na área hospitalar.

### **3 A ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA HOSPITALAR**

O/a Assistente Social tem como objeto de estudo e da práxis profissional as expressões da desigualdade social, que “se expressa nas desigualdades econômicas, políticas e culturais

das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gêneros, características étnico-raciais e formações regionais” (Iamamoto, 2007, p. 160). Sua atuação e competência são voltadas para a viabilização de direitos sociais já garantidos em lei e na construção e fortalecimento de uma sociedade democrática. A resolução Nº 218 de 06 de março de 1997 reconhece o/a Assistente Social como profissional da saúde, tem seus principais marcos legais e normativos na Resolução do Conselho Federal de Serviço Social Nº 383, de 29 de março de 1999 e os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde que norteia a atuação profissional pautada no Projeto Ético Político do Serviço Social.

A intersetorialidade representa a articulação de cuidados médicos com cuidados sociais desenvolvidos por outras políticas públicas, partindo de uma concepção ampliada de saúde que considere o acesso articulado e adequado a outros serviços e benefícios sociais como condição de cidadania. A saúde como manifestação de bem-estar social envolve uma série de elementos objetivos e subjetivos que resulta de vários aspectos da inserção social de um cidadão, cuja qualidade requer a ação simultânea de uma série de políticas que são parte dos direitos sociais definidos na Constituição. A intersetorialidade pressupõe a articulação, mediada pelo modelo de atenção, das ações de saúde com as de educação, previdência, assistência social, habitação, saneamento, meio ambiente, emprego e renda, justiça, segurança pública, entre outras (Kodner e Spreuwenber, 2002 *apud* OPAS/OMS, 2008; Silva, 2008)

As competências do/a Assistente Social da saúde são melhor definidas nos Parâmetros de Atuação do/a Assistente Social na Saúde, documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2010. Alguns são:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; ● organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços. (CFESS, 2010, p. 44-45)

À vista disso, o/a Assistente Social é chamado a trabalhar com a humanização dentro de um hospital, conceito presente na Política Nacional de Humanização (PNH), que significa a “inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho” (Brasil, 2013). Nessa direção, será exposto a seguir a contribuição do trabalho do/a Assistente Social na UTI para a humanização do cuidado, utilizando de algumas ferramentas, que dentre as utilizadas encontra-se a confecção dos prontuários afetivos.

#### **4 O PRONTUÁRIO AFETIVO E A CONTRIBUIÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL COM O CUIDADO HUMANIZADO NA UTI**

A atuação do/a Assistente Social na UTI deve envolver a leitura das conexões entre a realidade de vida dos usuários internados e as expressões da questão social, a fim de ir além do caráter emergencial e burocrático e promover estratégias que proporcionem o cuidado integral e humanizado (Euletério, Silva e Freire, 2017).

Como observa Eleutério, Silva e Freire (2017), o formato da assistência ofertada nas UTIs colaboram para a fragmentação de demandas, o que contribui para a que os profissionais apresentem dificuldade em compreender o usuário em sua totalidade, singularidade e, principalmente, como sujeito de direitos.

As demandas dos usuários internados nas UTIs são lidas de modo isolado, em sua imediaticidade, não fazendo nenhuma relação com as suas condições de vida e trabalho. Ao/a Assistente Social cabe, portanto, realizar a leitura da realidade social do usuário, estabelecendo as conexões entre os condicionantes econômicos, tecnológicos e culturais e as condições de vida e trabalho e que podem impactar as suas condições de saúde e seu bem estar (Euletério, Silva e Freire, 2017).

Vale destacar que a busca por estratégias de prática da humanização no contexto hospitalar tem utilizado de muitos instrumentos e ferramentas que possam favorecer ao atendimento integral com equidade, o trabalho cooperativo em uma equipe interprofissional e a construção de vínculos.

Nessa perspectiva, o prontuário afetivo, como ferramenta de cuidado humanizado, propõe que a experiência hospitalar e, em especial, na UTI, seja um processo mais acolhedor e empático, no qual o foco é a singularidade do usuário, visando a construção de vínculos positivos entre o usuário, seus familiares e a equipe interprofissional (Riviere, 2023).

No HUT, o prontuário afetivo passou a ser utilizado na UTI Neurotraumatológica em agosto de 2023, com iniciativa da médica intensivista Milena Cavalcante, a assistente social Ana Maria Oliveira e o psicólogo Kaê Brito, buscando ir além do prontuário convencional, no qual o foco são as questões técnicas relacionadas aos usuário, como alergias e medicamentos, utilizando informações que o identifiquem de forma mais pessoal, proporcionando um ambiente com mais proximidade entre usuários, familiares e profissionais (FMS, 2023).

Para a confecção do prontuário afetivo, são coletadas, junto aos familiares no momento da visita, informações sobre a vida do usuário, suas relações familiares e ainda suas preferências, como, por exemplo, time de futebol, artistas, músicas, atividades de lazer, crenças, além de um espaço para uma mensagem familiar.

Nesse processo, coube à assistente social que, durante as visitas na UTI, já realizava o acolhimento aos familiares e uma abordagem com vistas a compreender o contexto sociofamiliar do usuário, coletar as informações e confeccionar o prontuário afetivo de cada um dos internados, que, posteriormente, eram colocados em um suporte ao lado de cada leito.

Vale destacar que isso também ocorre, pois, “em sua formação, entre outros aspectos, o assistente social é preparado para a humanização das relações, a escuta, o diálogo, o reconhecimento dos direitos de cidadania, o perceber e apreender o outro, em sua alteridade” (Arizono, Da Silva, 2008). Desta forma, o/a Assistente Social foi convocado a estar a frente dessa iniciativa simples na UTI Neurotraumatológica do HUT, mas que possui grande impacto para os usuários, beneficiando também os familiares e até mesmo os profissionais da equipe. (FMS, 2023).

Nessa perspectiva, a prática do/da Assistente Social na UTI deve romper com as relações coisificadas, que tem o usuário como objeto das ações da equipe multiprofissional, fruto do cotidiano com sua rotina, condicionamentos e competitividades (Arizono, Da Silva, 2008) e colaborar com estratégias que estejam centradas na singularidade do usuário. O prontuário afetivo é, portanto, um instrumento que reforça o compromisso do/da Assistente Social com o cuidado integral e humanizado, pois “este instrumento vai além da catalogação de informações clínicas. Ele adentra a esfera íntima do paciente ao registrar suas preferências, histórico de vida e memórias afetivas (Rivieri, 2023), com vistas a garantir que o usuário seja visto como um sujeito de direitos, compreendido em sua totalidade e não apenas como um corpo doente.

#### 4 CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde para se concretizar como conhecemos atualmente foi fruto de diversas lutas de cunho político para a garantia na proteção do direito universal de acesso à política de saúde. O SUS foi estruturado para que as diferentes unidades de saúde atendessem níveis diferentes de complexidade que cada usuário necessitava, e o HUT seguindo esse modelo de organização, é caracteriza como hospital de alta complexidade e, em sua estrutura, conta com as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

A UTI é um local de trabalho majoritariamente médico, em que as visitas dos familiares são restritas e individualizadas. A ambiência de uma UTI é fria, branca, silenciosa, os usuários (pelo menos alguns deles) estão entubados, então como os profissionais terão conhecimento da história daquele usuário, suas vivências e seus sonhos? Como os profissionais conseguirão ver o usuário em sua totalidade?

É nesta direção que o/a Assistente Social é convocado a contribuir com estratégias e ações que estão de acordo com as prerrogativas da Política Nacional de Humanização (PNH), fazendo uso do seu saber e da sua prática comprometidos com o cuidado integral e humanizado dos usuários dos serviços de saúde. Ao contribuir com o projeto que envolve a implantação do prontuário afetivo na UTI Neurtotraumatologia do HUT, o/a Assistente Social favorece a uma prática mais centrada no usuário, proporcionando acolhimento familiar e social, além de reafirmar seu compromisso com a efetivação do SUS que queremos e defendemos.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. **Atenção Primária e Atenção Especializada**: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 8080**. Brasília, 1990. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 15 abril. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 12 maio. 2024.

BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete et al (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M.I.S; MATOS M.C. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete et al (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

ELEUTÉRIO, A.P.S; SILVA, L.J.M; FREIRE, M.M.O. **UMA ANÁLISE DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA UTI ADULTO**: identificando limites, descortinando possibilidades. Florianópolis, 2017.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro,. trabalho e questão social (77). São Paulo: Cortez, 2007.

OUPERNEY, A.M; NORONHA J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. Vol. 3. p. 143-182. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>. Acesso em: 02 maio. 2024.

**PRONTUÁRIO afetivo contribui para a melhora de pacientes no HUT**. Fundação Municipal de Saúde de Teresina - FMS. Disponível em: <<https://site.fms.pmt.pi.gov.br/noticia/5311/prontuario-afetivo-contribui-para-a-melhora-de-pacientes-no-hut>>. Acesso em: 07 maio. 2024.

RIVIERE, R. **Prontuário Afetivo: o que é e por que é importante para a clínica - Versatilis**. Disponível em: [www.versatilis.com.br/prontuario-afetivo](http://www.versatilis.com.br/prontuario-afetivo). Acesso em: 17 maio. 2024.

SILVA, R.C.P; ARIZONO, A.D. **A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social**. Taubaté, 2008.