

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
Mestrado em Ciências da Saúde

Renata Braga

**PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO
NA REGIÃO SUL DA CIDADE DE SÃO PAULO.**

SÃO PAULO
2016

Renata Braga

**PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO
NA REGIÃO SUL DA CIDADE DE SÃO PAULO.**

Dissertação apresentada Programa de Pós Graduação Stricto Sensu da Universidade de Santo Amaro- UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profª Dra. Jane de Eston Armond.

**SÃO PAULO
2016**

Renata Braga

**PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO
NA REGIÃO SUL DA CIDADE DE SÃO PAULO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro- UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Orientador: Profª Dra. Jane de Eston Armond.

São Paulo, 04 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Dra. Yara Juliano

Profº Dr. Fábio Augusto de Luca

Dedico este trabalho aos protagonistas da pesquisa, todos ***pacientes*** que me oportunizaram a sua realização, confiando a mim suas informações pessoais. Com certeza as histórias de vida de cada um de vocês me tornaram uma pessoa melhor, a cada dia foi-me proporcionado um novo aprendizado
(Renata Braga)

AGRADECIMENTOS

É com muita emoção que hoje elaboro meus agradecimentos, nesse momento é inevitável não fazer uma retrospectiva de todo caminho percorrido até aqui. Dar continuidade nos estudos e atuar na minha área de formação era meu grande sonho, e foi o que me trouxe a essa grande cidade. Talvez essa tenha sido a decisão mais difícil da minha vida, me causou muito sofrimento, em contrapartida proporcionou amadurecimento e crescimento profissional.

Primeiramente gostaria de agradecer ao **Hospital Geral do Grajaú** minha segunda casa, o local que me acolheu e me formou enquanto profissional.

Em especial gostaria de agradecer a minha coordenadora **Efigênia** pela oportunidade e confiança depositada a mim, só estou aqui hoje pela sua existência em minha vida, obrigada por me permitir fazer parte da sua equipe e por ter contribuído sempre pela continuidade dos meus estudos, motivo que me fazem acreditar que estou no caminho certo. Com muito carinho os meus sinceros agradecimentos as minhas **colegas de trabalho**, pelo acolhimento e convivência, sou privilegiada por ter tido a oportunidade de aprender a prática profissional com as melhores, tenho muito orgulho de fazer parte dessa equipe de grandes mulheres.

Agradeço a minha família por compreender a minha decisão e me apoiar em todos os momentos amenizando sempre a dor da saudade. **Diva Helena, Renan Braga, Luana Braga e Ryan Jorge Braga**, vocês são meu alicerce, a melhor parte de mim, o motivo que me faz acordar toda manhã e continuar lutando. Aos meus **familiares** por cada palavra de incentivo e conforto.

Aos meus eternos protetores, amado pai **Donizeti** e tão querido tio **Neto**, que hoje estão em outro plano espiritual, tenho absoluta certeza que foram vocês que me sustentaram até aqui, sei que toda minha força vem de vocês.

Ao meu companheiro **Anderson** que participou ativamente na construção desse trabalho, quase um estatístico... rrsrs. Obrigado pela contribuição, paciência e companheirismo.

A minha orientadora Prof^a Dra. **Jane** por estar junto comigo na busca pela construção desse trabalho, o meu muito obrigado, sem as suas orientações este trabalho não seria possível, ressalto o respeito, compromisso e aprendizado.

Aos meus **amigos** pelo carinho, incentivo e acolhimento nos momentos de angustias. A minha caminhada se torna mais leve por ter pessoas especiais ao meu lado.

Agradeço a Deus por me abençoar, proteger e guiar os meus passos.

Enfim, esse trabalho tem um pouquinho de cada um de vocês que de alguma forma participou de sua construção, graças a Deus chegamos ao final!

“A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação, e como é possível construir com ela formas de superação desse quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente, a uma questão premente, tiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, nesse sujeito, a sua dignidade humana”
(Maria Lúcia Martinelli).

RESUMO

INTRODUÇÃO: A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Portanto a saúde é produzida nas relações com o meio físico, psíquico, social, político, econômico, cultural e ambiental de uma sociedade. **OBJETIVO:** conhecer o perfil dos pacientes internados em um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo por meio das características pessoais, socioeconômica, habitacionais, composição familiar, acesso à saúde e demanda social. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo e analítico, realizado em um Hospital Público da Região Sul de São Paulo- SP, no período de junho de 2015 a setembro de 2015, com 400 indivíduos internados no setor de Observação do Pronto Socorro e coletadas informações por meio de entrevista pessoal. **CONCLUSÕES:** A população desse serviço se encontra em situação de vulnerabilidade decorrentes do contexto social no qual estão inseridos, essa vulnerabilidade possui múltiplas dimensões e não se restringe apenas à carência ou ausência material, pois a maioria são chefes de famílias jovens, com presença significativa de filhos, renda mensal insuficiente, alta taxa de desemprego, alto percentual de trabalho informal e baixa escolaridade. Poucas famílias recebem algum tipo de Benefício de Transferência de Renda e uma parcela mínima participa de algum projeto social. As principais causas de internação foram às doenças cardiovasculares e causas externas. Um número significativo dos pacientes possuem comorbidades sendo as mais citadas: doenças cardiovasculares e metabólicas, apenas alguns possuem algum tipo de acompanhamento médico. A principal demanda social nesse primeiro acolhimento foi às orientações gerais. O conhecimento do perfil socioeconômico e cultural desses indivíduos podem subsidiar estratégias de atendimento.

Palavras chaves: Determinantes sociais de saúde, condições de saúde, Serviço Social.

1 ABSTRACT

INTRODUCTION: Health is defined by the World Health Organization as "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease." So health is produced in relations with the physical environment, psychological, social, political, economic, cultural and environmental dimensions of a society. **OBJECTIVE:** know the profile of patients admitted to a public hospital School of the southern region of São Paulo through the personal characteristics, socioeconomic, housing, family composition, access to health and social demand. **METHOD:** This is a descriptive and analytical observational cross-sectional study, conducted in a public hospital in the Southern Region of São Paulo-SP, from June 2015 to September 2015, with 400 individuals admitted to the emergency room observation sector and information collected by personal interview. **CONCLUSIONS:** The population of this service is in a vulnerable situation arising from the social context in which they live, this vulnerability has multiple dimensions and is not restricted to the lack or absence material, since most are heads of young families with significant presence of children, insufficient monthly income, high unemployment, high rates of informal employment and low education. Few families receive some kind of cash transfer benefit and a minimum portion participates in a social project. The leading causes of hospitalization were cardiovascular diseases and external causes. A significant number of patients have comorbidities being the most cited: cardiovascular and metabolic diseases, only a few have some kind of medical care. The main social demand that first host was the broad guidelines. Knowledge of socioeconomic and cultural profile of these individuals can support service strategies.

Key words: social health determinants, health, social work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- População da Subprefeitura Capela do Socorro.....	23
Quadro 2- População da Subprefeitura de Parelheiros	25

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- População por faixa etária	26
Gráfico 2- Rendimento médio mensal	27
Gráfico 3- Taxa de Mortalidade no geral	28
Gráfico 4- Principais Causas Morte	29
Gráfico 5- Óbito menores de um ano	30
Gráfico 6- Índice de Envelhecimento.....	31
Gráfico 7- Índice de Alfabetização.....	32
Gráfico 8- Índice Paulista de Vulnerabilidade Social	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa dos distritos que o hospital é referência	35
Figura 2- Mapa Índice Paulista de Vulnerabilidade Social	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo a idade e sexo no ano de 2015.....	54
Tabela 2- Escolaridade de pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	56
Tabela 3- Estado conjugal de pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	57
Tabela 4- Cor da pele de pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	57
Tabela 5- Local de moradia de pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	58
Tabela 06- Número de pessoas e cômodos na residência de pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	59
Tabela 07- Número de filhos de pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	60
Tabela 08- Situação ocupacional de pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	62
Tabela 09- Situação dos pacientes que não trabalham internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	63
Tabela 10- Renda de pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015 ..	64

Tabela 11- Pacientes cadastrados no CRAS- Centro de Referência de Assistência Social internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015	65
Tabela 12- Pacientes inseridos em programas sociais internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	66
Tabela 13- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo quem faz e quem fez uso de Drogas	67
Tabela 14- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo quem faz e quem fez uso de Tabaco	68
Tabela 15- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo quem faz e quem fez uso de Álcool.....	69
Tabela 16- Principal queixa de saúde apresentada pelos pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	70
Tabela 17- Principal diagnóstico dos pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015 segundo os grupos etários	71
Tabela 18- Especialidade do atendimento de pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.....	74
Tabela 19- Principais morbidades apresentadas pelos pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no grupo etário de 18 a 30 anos	75
Tabela 20- Principais morbidades apresentadas pelos pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no grupo etário de 31 a 60 anos	76

Tabela 21- Principais morbidades apresentadas pelos pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no grupo etário de 61 anos e mais	77
Tabela 22- Fornecimento das medicações de uso contínuo para pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015	78
Tabela 23- Acompanhamento médico de pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015	79
Tabela 24- Demanda social apresenta por pacientes internados na observação de Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015	81

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice A- Questionário	96
Apêndice B- Termo de Consentimento Livre Esclarecido	98
Apêndice C- Termo de Compromisso e Confiabilidade	100
Apêndice D Tabela 25- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo os documentos pessoais no ano de 2015	101
Apêndice E Tabela 26- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo a religião no ano de 2015.....	101
Apêndice F Tabela 27- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo que possuem convênio no ano de 2015	102
Apêndice G Tabela 28- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo local de origem no ano de 2015	102
Apêndice H Tabela 29- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo a situação de moradia no ano de 2015	103
Apêndice I Tabela 30- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo o saneamento básico do domicílio no ano de 2015	103
Apêndice J Tabela 31- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo a composição familiar no ano de 2015	103
Apêndice K Tabela 32- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo a atividade desenvolvida no ano de 2015	104
Apêndice L Tabela 33- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo ao meio de transporte do socorro no ano de 2015	106
Apêndice M Tabela 34- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo quem prestou socorro no ano de 2015.....	106

SUMÁRIO

CAPITULO I – INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2.1 Caracterizações da Capela do Socorro	21
2.2 Caracterizações de Parelheiros	23
2.3 Indicadores da região	26
2.4 Caracterização do Cenário da Pesquisa	34
2.5 Atuação do Serviço Social na Saúde	37
CAPÍTULO III – OBJETIVOS	
3. Objetivo Geral	48
3.1 Objetivos Específicos	48
CAPÍTULO IV- MÉTODO	
4.1 Delineamento do estudo	50
4.2 População do estudo	50
4.3 Coleta de dados	51
4.4 Método estatístico	51
4.5 Aspectos Éticos.....	52
CAPÍTULO V- RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 Análise e interpretação dos dados: Perfil de pacientes internados em um hospital público na região Sul de São Paulo	54
5.2 Resultados e discussão	54
CONCLUSÃO	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	89
BIBLIOGRAFIAS	94
APÊNDICE	96

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

A lei que regulamenta a profissão de assistente social define que uma de suas competências é realizar estudo socioeconômico com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades¹.

No documento Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde esta prevista que uma de suas competências é “construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde”, como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde².

A Organização Mundial de Saúde define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

Portanto hoje o meio social em que o indivíduo está inserido é totalmente relacionado com sua saúde e não somente as questões biológicas, pois fatores internos e externos mexem com emocional e podem causar adoecimento nos indivíduos.

Compreendemos que a doença é multicausal e não necessariamente ligada a agentes etiológicos, atualmente o processo saúde-doença é visto como resultante de fatores biopsíquicosociais, e essa concepção permeiam todas as políticas públicas no âmbito da saúde após a Constituição Federal de 1998.

A presente pesquisa teve como objetivo a realização de um estudo do perfil dos pacientes internados no setor de Observação do Pronto Socorro, através das características pessoais, socioeconômica, habitacionais, composição familiar, acesso à saúde e demanda social.

O Serviço de Saúde onde foi realizada a pesquisa está localizado no extremo Sul do município de São Paulo e atende demanda por recuperação de saúde das Subprefeituras Capela do Socorro (Grajaú, Cidade Dutra e Socorro) composto por 594,930 habitantes e Parelheiros (Parelheiros e Marsilac) com 139.441 habitantes³.

Único Equipamento Hospitalar de saúde no extremo Sul de São Paulo, localizado no distrito do Grajaú, identificado pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social como uma região de Vulnerabilidade alta e muito alta⁴.

Este Hospital desempenha mais do que o papel comum de um Serviço de Saúde de urgência e emergência, acolhe as insuficiências da Rede preventiva de saúde da região e da ineficiência da Política Assistencial (SUAS /SUS).

No ano de 2014 este equipamento de saúde realizou ao todo 16.881 internações, em média 1.346 internações por mês, 285.474 atendimentos de urgência e emergência, em média 25.000 atendimentos por mês e 5.004 cirurgias.

Frente à alta demanda de atendimento neste serviço por diversos fatores médicos, a carência social não é exceção, não só por falta de recursos, muitas vezes sobrepõe-se a carência por informações corretas, que direcione o indivíduo ao caminho que deverá percorrer para conseguir acessar os direitos previstos em lei, assim como recursos de saúde disponíveis de baixa e média complexidade e políticas públicas que atendam as necessidades da população. Enfatizando a fragilidade na rede de apoio da região.

Salientamos que esse hospital é campo de formação para vários profissionais da saúde através de estágio, residência e especialização e o conhecimento do perfil dos pacientes desse serviço pode causar melhorias na assistência prestada ao paciente e seus familiares através de estratégias de acolhimento e atendimento.

A presente pesquisa justifica-se, pelo interesse em conhecer a realidade social em que estão inseridos os pacientes internados neste serviço de saúde, com vistas à propor estratégias de ações compatíveis com as necessidades dos mesmos, bem como informar gestores e profissionais de saúde quanto essa realidade, visando o desenvolvimento de projetos, políticas e programas que atendam suas necessidades em saúde.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Caracterização da Capela do Socorro:

A região é gerida pela Subprefeitura da Capela do Socorro, formada pelos distritos de Socorro, Cidade Dutra e Grajaú. Ocupa uma superfície de 134,20 Km², que corresponde a 8,8% do território do município de São Paulo, Cerca de 90% de seu território está inserido em área de proteção aos mananciais responsáveis pelo abastecimento de água de 30% da população da região metropolitana de São Paulo (Represas Billings e Guarapiranga).

Documentos históricos informam que está região era habitada pelos índios tupis, que também ocupavam vários pontos da região sul do Brasil e do litoral. No ano de 1827 chegaram à região grupos de colonos alemães, que ao contrário das colônias alemãs no sul do Brasil, não conseguiram preservar muitos aspectos de sua tradição cultural, restando apenas algumas famílias: Shunk, Reeberg, Rochel, Hessel, e outros, que ainda residem na região.

No século XX houve maior interesse pela região após a construção das barragens da Light, em 1907, e do rio Guarapiranga, com a finalidade principal de regularizar a vazão do rio Tietê e garantir a geração de energia na Usina Edgard de Souza em Santana do Parnaíba, e do rio Grande, dando origem à represa Billings e tornando uma região atrativa para lazer.

A construção da estrada Washington Luís em 1928 ligou o Ibirapuera a Interlagos, via Santo Amaro e Socorro e posteriormente a Avenida Interlagos, impulsionou ainda mais o desenvolvimento das atividades recreativas na região.

Nesta época ao redor da represa Guarapiranga surgiram alguns loteamentos residenciais com intuito de atender as camadas sociais com maior poder aquisitivo, porém houve pouco interesse dos mesmos e muitas das casas construídas para fins residenciais acabaram sendo ocupadas por restaurantes.

Até a década de 40 a região era mais procurada para fins recreativos e havia poucas famílias instaladas. Foi através da abertura dos loteamentos industriais em Santo Amaro que os trabalhadores das empresas, encontraram

na Capela do Socorro, um local mais acessível para morar.

Em uma área rural desenvolveram-se vários povoamentos ao longo das estradas locais ou nos entroncamentos de estradas ou de vilas rurais pré-existentes, que passaram a ser servidas por linhas de ônibus, dando origem ao bairro Rio Bonito e Vila São José, que se transformaram posteriormente em polos, dos quais surgiram densos subúrbios.

Já o bairro de Cidade Dutra foi planejada e construída pela empresa Autoestrada S.A., com financiamento do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Serviços de Transporte (IAPST). Tratava-se de um grande conjunto residencial (com cerca de 500 unidades inicialmente) caracterizado por extrema homogeneidade no tamanho e estilo das casas, infraestrutura urbana, como ruas pavimentadas, iluminação pública, água e esgoto, além de um pequeno centro comercial.

O desenvolvimento industrial dos anos 50 e 60 teve grande influência em Capela do Socorro, através da população trabalhadora que buscavam área ainda não consolidada e com disponibilidade de terra urbana a baixo custo.

A região passou a acomodar parte do crescimento urbano da cidade, uma vez que sua área rural era imensa e relativamente próxima do centro industrial de Jurubatuba e dos dinâmicos centros de comércio e serviços localizados ao sul e sudoeste da região metropolitana.

Os novos bairros que então surgiram acompanharam o padrão periférico de expansão urbana que caracterizou o crescimento de São Paulo, particularmente nos anos 70. As áreas de mananciais foram invadidas por loteamentos clandestinos, formando inúmeros bairros altamente adensados, sem dispor de infraestrutura urbana, qualidade de moradia, educação, segurança, saúde e transporte coletivo, implicando diretamente em má qualidade de vida e saúde da população. Estima-se atualmente a existência de cerca de 200 bairros irregulares na região e 220 favelas.

Desde 1.975 a ocupação da região de Capela do Socorro passou a ser legalmente subordinada à Lei de Proteção dos Mananciais e à legislação de zoneamento industrial, porém, a legislação relativa aos mananciais foi insuficiente para conter o avanço da urbanização e a degradação ambiental.

O crescimento populacional é um importante indicador das transformações ocorridas na região: de 30.000 habitantes em 1.960, Capela do

Socorro passou a 261.230 em 1980 e 594.930 em 2010³.

Grajaú é o terceiro maior e mais populoso distrito da cidade de São Paulo, ocupa a 9ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano, considerado médio⁶.

Quadro 1- População da Subprefeitura Capela do Socorro.

Subprefeituras	Distritos	Área (km²)	População (2010)	Densidade Demográfica (Hab/km²)
Capela do Socorro	Cidade Dutra	29,30	196.360	6.702
	Grajaú	92,00	360.787	3.922
	Socorro	12.90	37.783	2.929
	TOTAL	134,20	594.930	4.43

Fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758.

2.2 Caracterizações de Parelheiros e Marsilac:

Os distritos de Parelheiros e Marsilac estão localizados no extremo sul da capital. São geridos pela Subprefeitura de Parelheiros, abrangendo uma área de 360,6 km², representando quase que 25% dos 1.523,278 km² da cidade de São Paulo, com muitas nascentes de água alimentam as represas Billings e Guarapiranga. Na região existem muitos pesqueiros.

A totalidade de seu território está situada em área de proteção aos mananciais e a região compreende remanescentes importantes de Mata Atlântica, sua rede hídrica contempla três bacias hidrográficas: Capivari, Guarapiranga e Billings.

Parelheiros recebeu este nome devido às diversas corridas de cavalos (parelhas) entre germânicos e brasílicos. Antes era conhecido como Santa Cruz, porque existia uma cruz no local.

Em 1927 através da determinação e convite do governo imperial, chegou

em São Paulo um grupo de 200 imigrantes, entre eles alemães, austríacos e suíços que vieram para o estabelecimento de uma colônia agrícola. O povoamento da região iniciou com a chegada de 94 famílias alemãs em 1.829, cujos remanescentes habitam até hoje a região. Nessa época os imigrantes trabalhavam na extração e fornecimento de madeira bruta para serrarias instaladas em Santo Amaro.

Sem o apoio do Governo a colônia entrou em decadência e muitos deixaram a região. Após a Segunda Guerra Mundial, a denominação Colônia Alemã foi substituída por Colônia Paulista, ou, simplesmente, Colônia.

Na região se encontra o Cemitério mais antigo de São Paulo que foi fundado por alemães num terreno cedido por Dom Pedro I.

Em meados dos anos 1970, este cemitério foi protegido por legislação de zoneamento e em 2004 foi incluído como Zona Especial de Preservação Cultural (ZEPEC), no plano regional das subprefeituras. Parelheiros tem um outro cemitério municipal, construído em 1905. Até agosto deste ano, foram 5.997 sepultamentos. Em seu perímetro também se encontra um Presídio Estadual.

Por volta de 1940, a região passou a receber também imigrantes japoneses, que vieram para explorar a agricultura e também ajudaram no desenvolvimento da região, transformando os distritos de Parelheiros e Marsilac na maior área agrícola de São Paulo.

Cortado por estradas sinuosas e estreitas é pontilhado por sítios e fazendinhas que produzem lenha, hortaliças, flores e plantas ornamentais. Hoje, a Igreja Messiânica, de origem nipônica, tem seu maior templo fora do Japão: o Solo Sagrado de Guarapiranga, inaugurado em 1995.

Na região existe a Cratera da Colônia, uma depressão de formato circular, medindo cerca de 3,6 km de diâmetro, resultado da queda de um corpo celeste no local, há cerca de 36 milhões. Aproximadamente 40.000 pessoas habitam irregularmente esse local que passa atualmente por processo de urbanização, por meio do Programa Mananciais da Secretaria Municipal de Habitação e do PAC do Governo Federal.

Em Parelheiros a maior parte da população esta concentrada junto ao centro urbano da região, mais ainda existem famílias que residem na zona rural, onde também se alocam alguns grupos de povos indígenas guaranis.

Possui poucos recursos de saúde e nenhum leito hospitalar. Na lista do Índice de Desenvolvimento Humano se encontra em penúltimo lugar dos distritos de São Paulo⁵.

No distrito de Marsilac, se localiza a estação ferroviária Evangelista de Souza, que marcou a história do Estado de São Paulo, durante a expansão da Estrada de Ferro Sorocabana.

Na estrada da Barragem há duas aldeias indígenas Pyau (Krucutu) e Tenondé Porá (Morro da Saudade), de um subgrupo guarani, com cerca de 1.000 pessoas, mantém vivas sua língua, cultura, religião. Cada uma conta com escola específica para a educação infantil indígena e a CECI – Centro de Educação e Cultura Indígena, a partir dos sete anos, os meninos e meninas passam a frequentar a EE Indígena Guarani Gwyrapepo⁶.

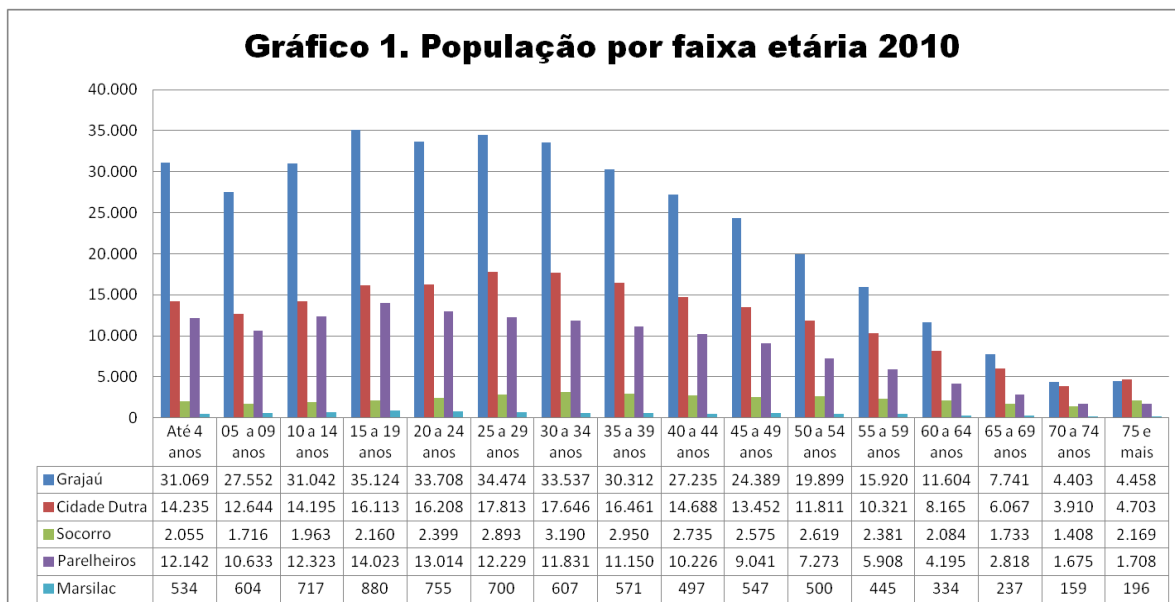
Todo o distrito de Marsilac se encontra na zona rural, apresentando pequenos núcleos urbanos em desenvolvimento. Não possui Serviços de Saúde (leito hospitalar). O distrito se encontra na última posição do Índice de Desenvolvimento Humano de São Paulo, no que se refere à oferta de serviços, qualidade de vida e desenvolvimento urbano⁵.

Quadro 2- População da Subprefeitura de Parelheiros.

Subprefeituras	Distritos	Área (km²)	População (2010)	Densidade Demográfica (Hab/km²)
	Marsilac	200,00	8.258	41
Parelheiros	Parelheiros	153,50	131.183	855
	TOTAL	353,50	139.441	394

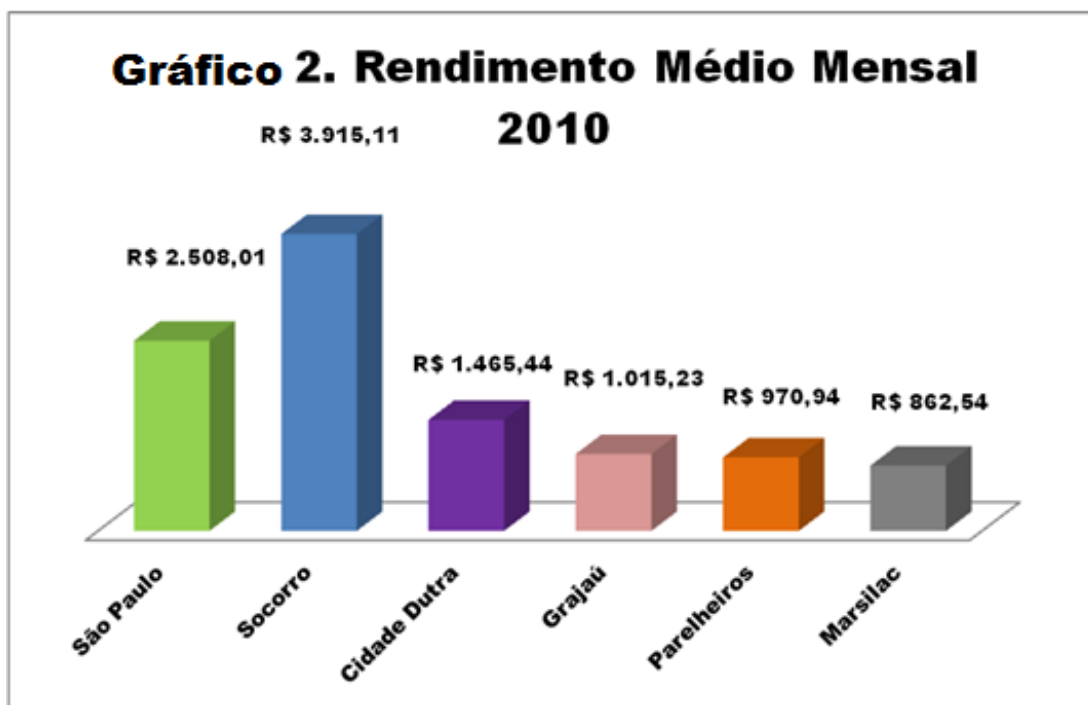
Fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758.

2.3 Alguns indicadores da região:



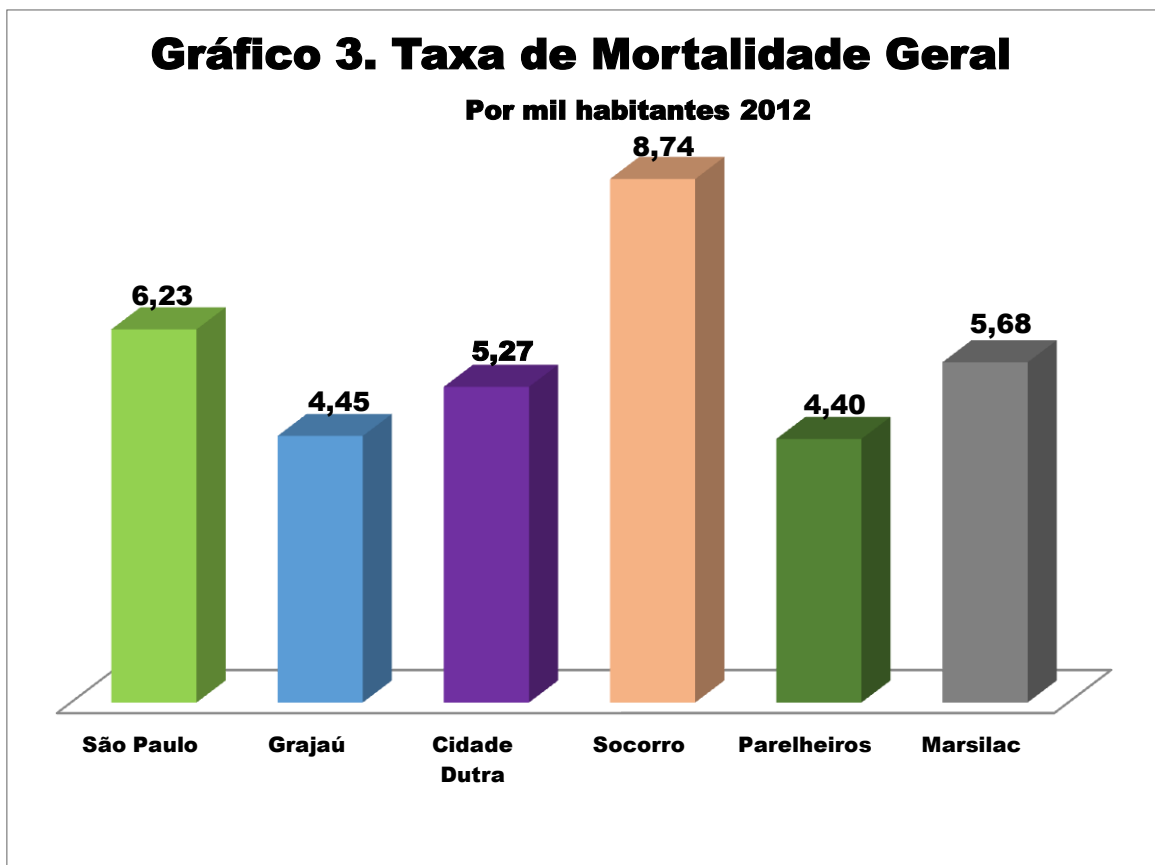
Fonte: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/distritos/index.php?page=tabela>

Referente à população por faixa etária, no distrito do Grajaú se encontra a maior parcela da população jovem da região e no distrito do Socorro mais concentração de população idosa.



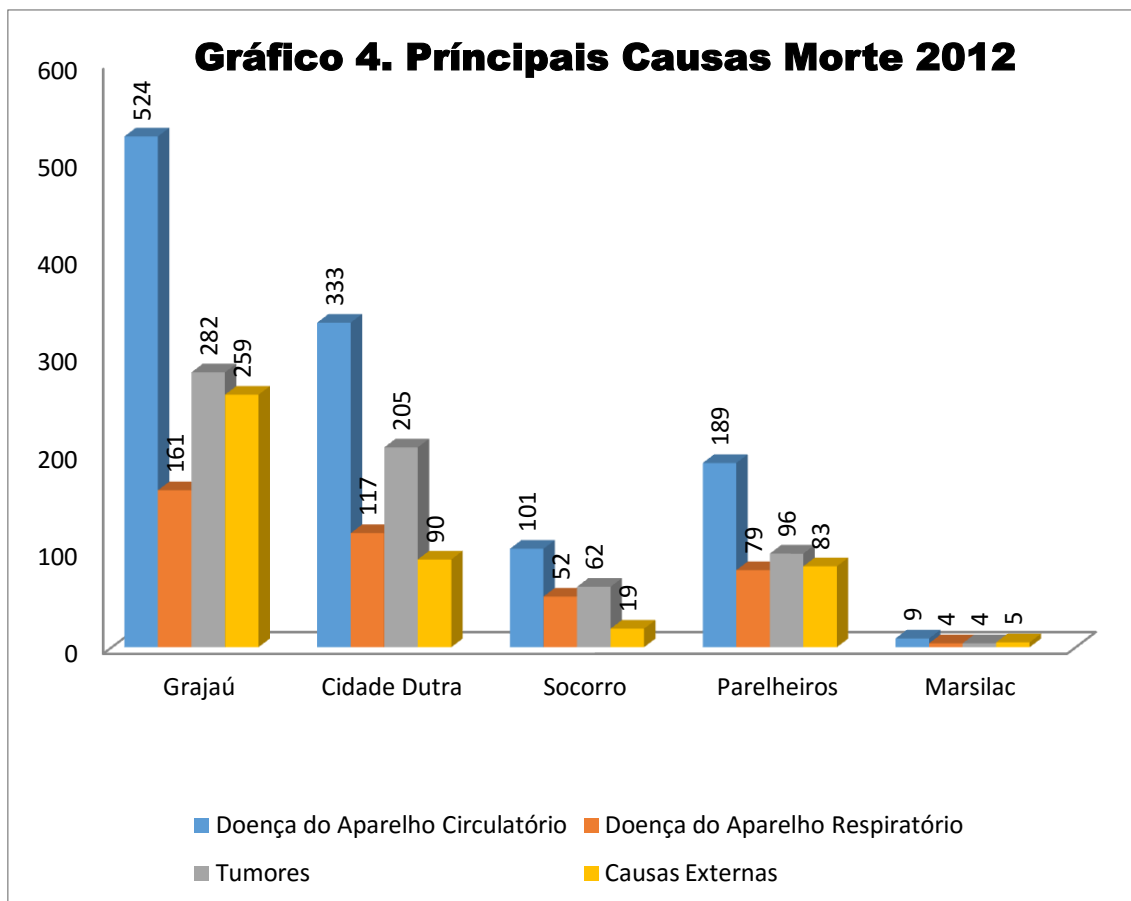
Fonte: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/distritos/index.php?page=tabela>

Com relação à renda familiar mensal, o gráfico demonstra que os distritos do Grajaú, Parelheiros e Marsilac apresentam a pior renda da região, ou seja, aproximadamente dois salários mínimos mensais (R\$ 724,00).



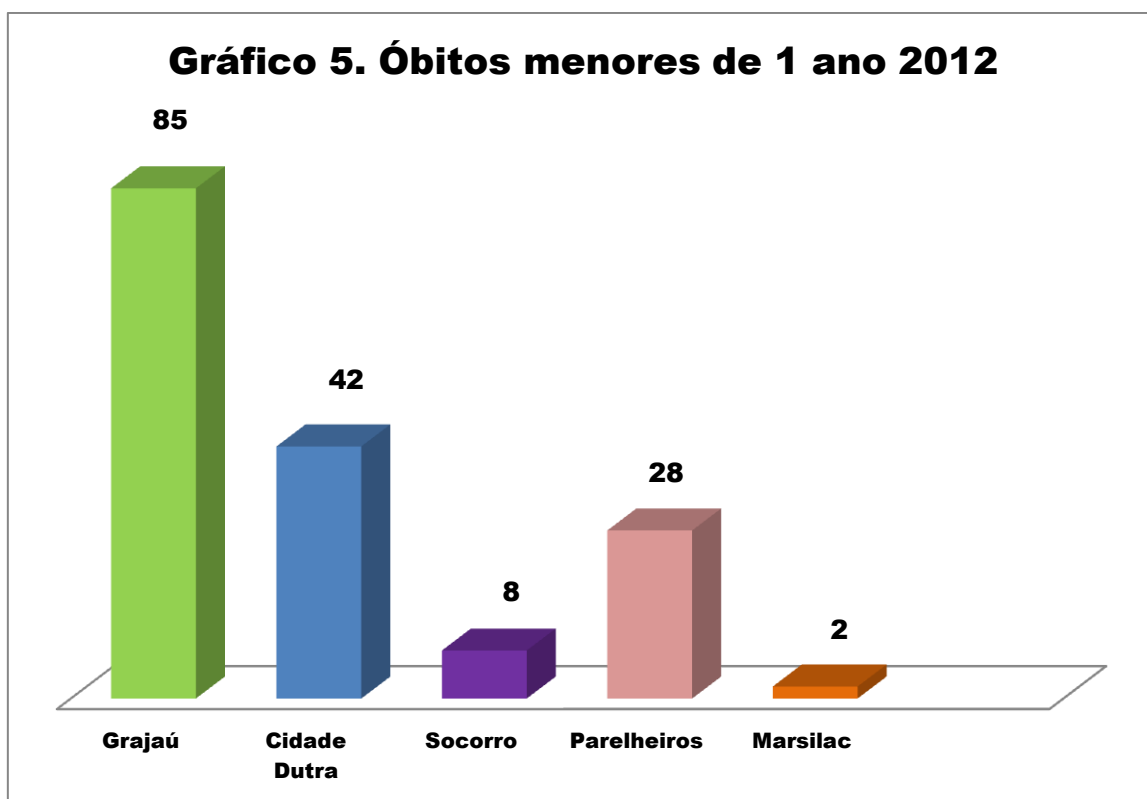
Fonte: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/distritos/index.php?page=tabela>

Referente à mortalidade, o distrito do Socorro apresenta percentual maior que o do município de São Paulo, o que nos faz refletir que no Socorro se encontra uma população mais idosa, portanto que tem mais probabilidade de adoecer.



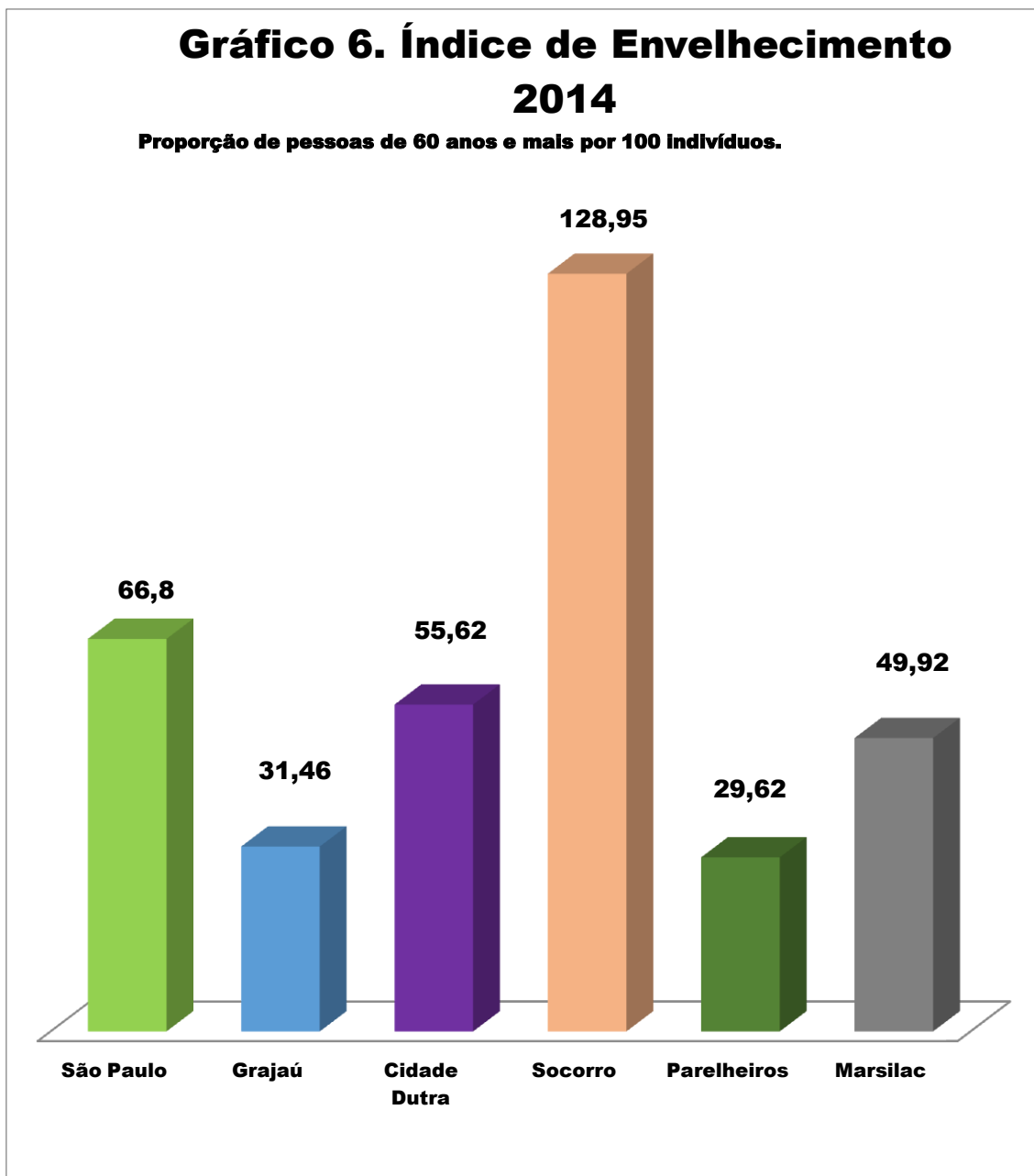
Fonte: http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/10_Obitos_dos_residentes_por_causas_2012_89.html

Com relação às principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório se apresentam como a principal causa morte em todos os distritos, em segundo lugar os tumores, seguido das causas externas nos distritos de Grajaú, Parelheiros e Marsilac, e por último as doenças do aparelho respiratório, que nos distritos do Socorro e Cidade Dutra vem antes das causas externas, provavelmente pela faixa etária dos moradores da região.



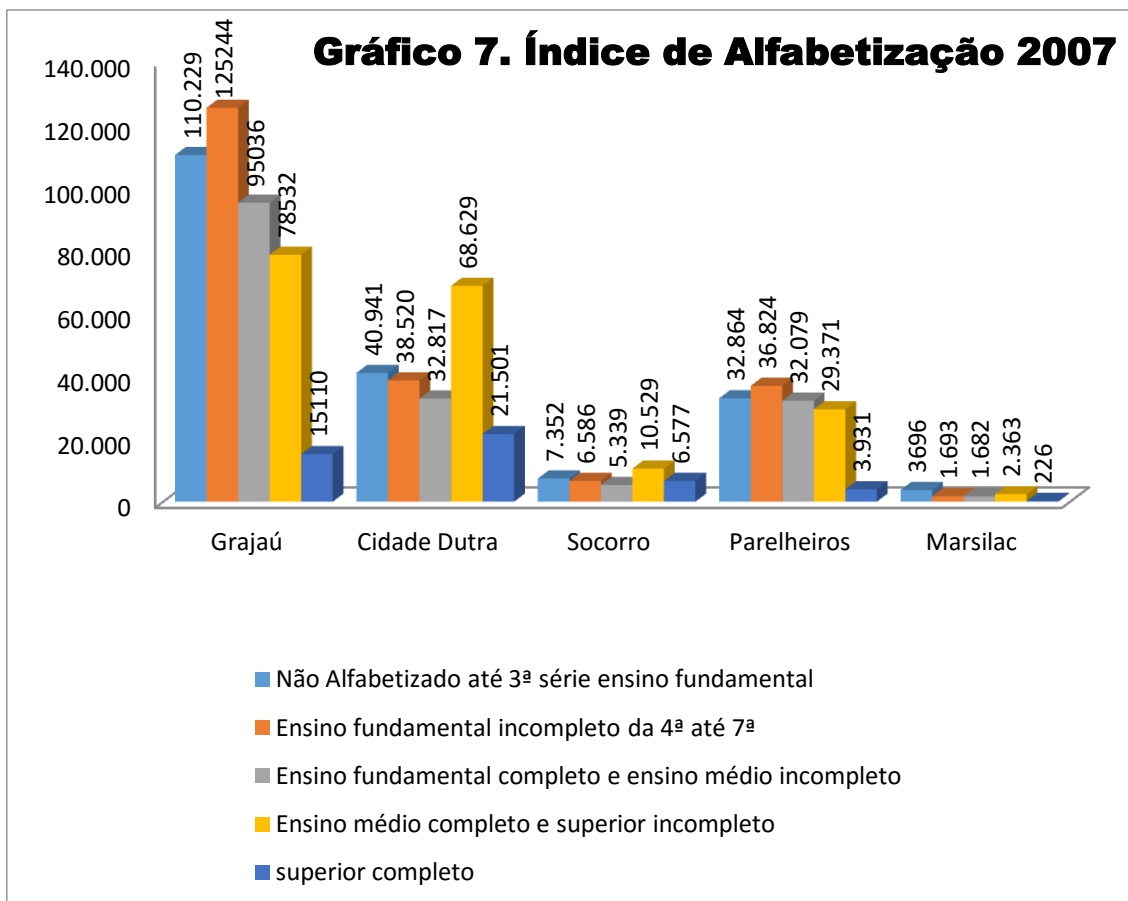
Fonte: http://produtos.seade.gov.br/produtos/distritos/index.php?page=ta_bela

Referente à taxa de mortalidade infantil é possível observar que o distrito do Grajaú e Cidade Dutra apresentaram os maiores números de óbitos no ano de 2012, sendo preciso avançar para reduzir a mortalidade infantil conforme estabelece a Organização das Nações Unidas (ONU) quanto a Meta do Milênio em reduzir a mortalidade infantil em 191 países, previsto para no ano de 2015⁸.



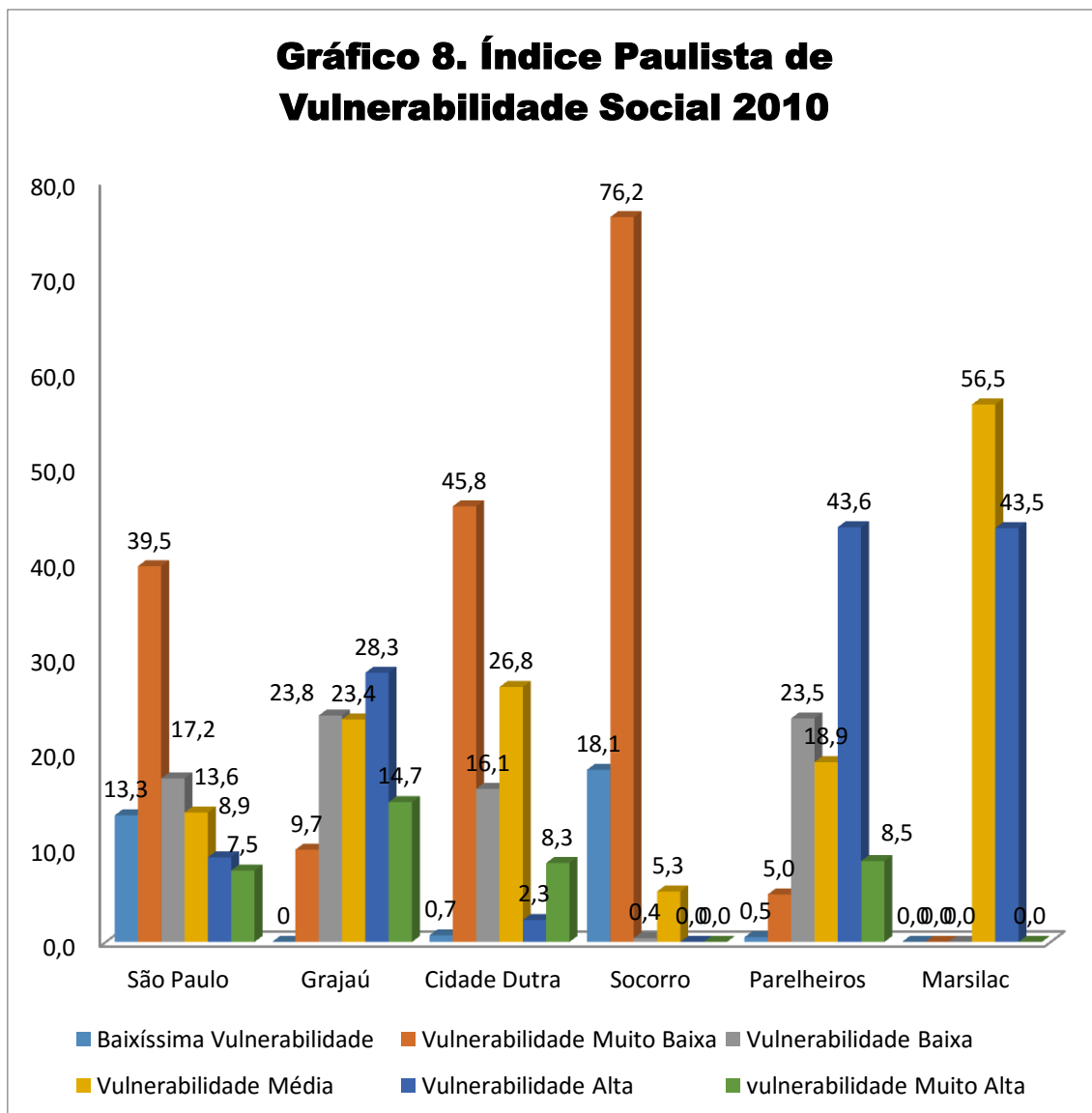
Fonte: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/distritos/index.php?page=tabela>

Referente ao índice de envelhecimento o distrito do Socorro apresenta o maior percentual de população idosa, duas vezes a mais que o percentual do Município de São Paulo, seguido dos distritos da Cidade Dutra e Marsilac.



Fonte: http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/8_populacao_total_por_grau_de_instrucao_2007_573.html

Com relação à alfabetização, a baixa escolaridade está mais presente no distrito do Grajaú, Parelheiros e Marsilac, onde a grande maioria não tem escolaridade, ou estudaram até o ensino fundamental, pouquíssimos cursaram o ensino superior. Já os distritos de Cidade Dutra e Socorro apresentam os melhores níveis de escolaridade.



Fonte: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/distritos/index.php?page=tabela>

Referente ao Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, um indicador que classifica os municípios do Estado de São Paulo em grupos de vulnerabilidade social, a partir de uma combinação entre as dimensões demográfica e socioeconômica, fundamentado em estudos e teorias sobre o fenômeno da pobreza, que levam em conta não apenas a renda, mas também os diversos fatores determinantes da situação de vulnerabilidade social (escolaridade, saúde, arranjo familiar, possibilidades de inserção no mercado de trabalho, acesso a bens e serviços públicos). Aponta que os distritos do Grajaú e Parelheiros são os que apresentam o maior índice de Vulnerabilidade alta e muito alta, acima do índice encontrado no município de São Paulo. Já os distritos do Socorro e Cidade Dutra, apresentam Índice de Vulnerabilidade

muito baixo.

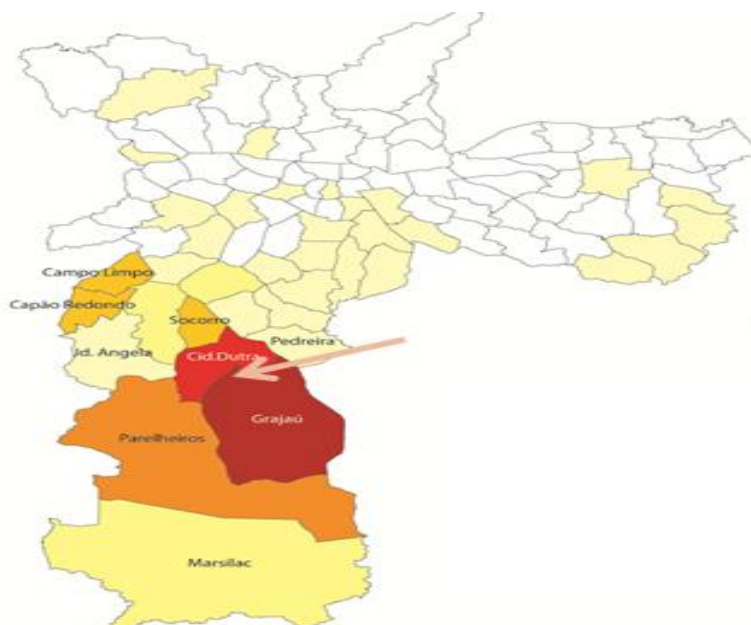
2.4 Caracterização do Cenário da Pesquisa:

Este serviço de saúde foi inaugurado em 23 de outubro de 1998. Fruto de uma série de lutas da população e de movimentos sociais em defesa da Saúde dos anos 1990.

Precursor no modelo de gestão por Organizações Sociais – OS (Lei Complementar Nº 846 de 04/06/1998), este serviço nunca esteve sob administração direta do Estado. Ao longo de sua trajetória, foi inicialmente gerido pela Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC, a qual permaneceu até 2007. Em janeiro de 2008 o hospital esteve sob responsabilidade da Associação Congregação Santa Catarina - ACSC, a qual respondeu por sua gestão até dezembro de 2011. Em janeiro de 2012, o Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês - IRSSL firmou contrato com o Governo do Estado de São Paulo e assumiu a gestão deste equipamento de saúde até os dias atuais.

Localizado na Zona Sul de São Paulo é um hospital escola público estadual de nível secundário, que atende a população do SUS, das áreas geridas pelas subprefeituras de Capela do Socorro, Parelheiros e Marsilac, com aproximadamente 500 km² quadrados, compostas aproximadamente por um milhão de habitantes, respectivamente.

Figura 01- Mapa dos distritos para os quais o hospital é referência.



Fonte: Atlas da Saúde 2011, Prefeitura de SP, Fundação Seade.

Este serviço tem como principal característica o atendimento referenciado de Pronto Socorro, recebe pacientes portadores de traumas, diversos ferimentos e queixas clínicas de alta complexidade, tanto adulto quanto infantil. Sua atividade assistencial é dividida em três modalidades: Atendimento Hospitalar, Atendimento de Urgência e SADT- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Oferece atendimento nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia, Ortopedia e traumatologia, Pediatria, Urologia e Otorrinolaringologia. Dispõe de UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Semi Intensiva e Berçário. Atualmente, possui 268 leitos operacionais, atuando sempre acima de sua capacidade.

Possui várias ações em consonância com a Política Estadual de Humanização, através de projetos sociais e assistenciais e programas de recreação que valorizam a todos os envolvidos no processo de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), visando o bem estar bio-psico-social-espiritual de todos.

Esse serviço de saúde participa da formação de profissionais de várias áreas no âmbito da saúde através do estágio, residência e atividades de especialização.

O hospital tem como Missão prestar assistência à população do extremo sul da cidade de São Paulo, integrando ainda ensino e pesquisa. Tendo como Visão ser modelo reconhecido de Hospital Público sustentável na cidade de São Paulo, inserido na rede de serviço, com excelência na assistência, ensino e pesquisa. Seus Valores são: humanização, comprometimento, qualidade e segurança, aprendizado contínuo, transparência na gestão e responsabilidade social⁷.

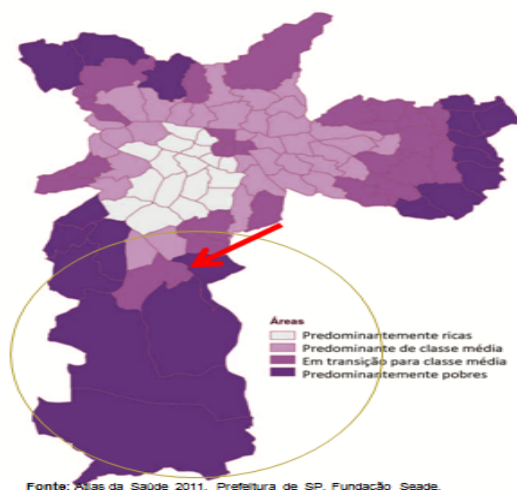
O perfil da população atendida nesta região é de alta e muito alta vulnerabilidade social e devido à falta de estrutura e insuficiência da rede de serviços médicos e de prevenção à saúde, acaba acolhendo os atendimentos de baixa e média complexidade. Sendo referência para 2 Prontos Socorros, 38 UBS- Unidade Básica de Saúde e 5 AMA- Assistência Médica Ambulatorial, sendo 4 AMA integrado a UBS.

Este equipamento de saúde está localizado no distrito do Grajaú, identificado como uma região de vulnerabilidade social alta, pois apresenta a segunda pior renda do município de São Paulo, baixo nível de escolaridade, chefes de famílias jovens e presença significativa de crianças. Além disso, a região caracteriza-se por ser escassa de rede de equipamentos de saúde, lazer e cultura⁴.

Paralelamente, o distrito de Parelheiros também é identificado como uma região de vulnerabilidade muito alta, apresentando o pior nível de renda e escolaridade do município, concentração de famílias mais velhas e pequeno número de crianças⁴.

No ano de 2014 este equipamento de saúde realizou ao todo 16.881 internações, em média 1.346 internações por mês, 285.474 atendimentos de urgência e emergência, em média 25.000 atendimentos por mês e 5.004 cirurgias.

Figura 02- Mapa Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.



Vulnerabilidade Social

A população que vive na região do hospital apresenta a maior vulnerabilidade social da cidade de São Paulo, o que impacta diretamente no volume e na complexidade dos atendimentos.

Mais da metade da população vive em condições de alta vulnerabilidade (renda familiar baixa, poucos anos de estudo e famílias chefiadas por indivíduos jovens com filhos pequenos).

2.5 Atuação do Serviço Social na Saúde:

A saúde como direito de todos e dever do Estado foi prevista pela Constituição Federal Brasileira de 1988, através da Seguridade Social que estabelece a saúde, previdência social e assistência social como direito social⁹ e pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde no Brasil e estabelece em seu 3º artigo “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, fatores determinantes e condicionantes de saúde⁹”.

A Organização Mundial de Saúde estabelece que a Saúde “é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

Portanto a saúde não pode ser considerada um estado estável, mais sim uma variância das condições sociais, do ambiente e do meio a qual estamos inseridos, onde fatores internos e externos mexem com o emocional e podem trazer danos a saúde. Devemos levar em conta que a saúde é produzida nas relações com o meio físico, psíquico, social, político, econômico, cultural e ambiental de uma sociedade.

É neste contexto que destacamos a importância da atuação dos

assistentes sociais na área da saúde, por ser um profissional que tem um olhar da totalidade e sabe interpretar as condições de saúde dos usuários. Através de sua intervenção busca a compreensão dos aspectos econômicos, sociais e culturais que interferem no processo saúde-doença, buscando estratégias para o enfrentamento destas questões e encaminhamentos pertinentes a cada demanda.

O Serviço Social é regulamentado como profissão pela Lei Nº 8.662 de 07 de junho de 1993, suas competências e atribuições privativas estão descritas nos artigos 4º e 5º desta legislação. Este profissional tem suas ações respaldadas pelo Código de Ética Profissional e pelo seu Projeto Ético Político.

Enfatizamos que os assistentes sociais são reconhecidos legalmente como profissionais de saúde através da Resolução nº 218 de 06 de março de 1997 e pela Resolução CFESS nº 383 de 29 de março de 1999.

A formação do assistente social é generalista, reflexiva, propositiva e crítica, o que lhe possibilita um amplo conhecimento da realidade social, o seu objeto de trabalho é a questão social (contradição entre o capital e o trabalho) em suas variadas expressões cotidiana, seja no trabalho, família, habitação, saúde, assistência social, no acesso aos serviços e espaços públicos. A atuação dos assistentes sociais se materializa no campo das Políticas Públicas.

Sua formação lhe permite atuar em diversas áreas, como: saúde; assistência social; previdência; educação; habitação; crianças e adolescentes; idosos; pessoas com deficiência; gestão social de políticas públicas; jurídico-social; acessória, entre outros.

O Assistente Social tem o compromisso de ampliar e consolidar a cidadania e a democracia, buscar por melhorias na qualidade de vida da população, veicular informação e buscar pela garantia dos direitos civis, sociais e políticos de cada usuário do serviço. Sempre em busca pela universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade, interdisciplinaridade e participação social na saúde. Apresenta um bom conhecimento das legislações pertinentes que direcionam as ações a serem desenvolvidas em âmbito hospitalar e trabalha em prol da capacidade individual do usuário de fazer frente à situação vivenciada.

Existem três dimensões da competência profissional que norteiam a

atuação de assistentes sociais: **Teórico Metodológico**: Conhecimento das constantes mudanças sejam elas políticas, econômicas, sociais e/ou cultural, articulação entre a teoria e a prática para ter capacidade de realizar uma análise de conjuntura e desenvolver a atuação técnico operativa com eficiência.

Dimensão **Ético Político** no agir profissional fundamenta o desenvolvimento de habilidades e competências, a partir de princípios e valores éticos definidos no Projeto Ético-Político do Serviço Social, que possibilita ao profissional avaliar e problematizar limites e possibilidades em seu processo de trabalho, através de sua visão crítica e reflexiva.

Vale ressaltar que os assistentes sociais devem unir-se e lutarem por uma categoria para a qual o principal objetivo seja a defesa intransigente dos direitos humanos, para a justiça social e para a dignidade dos cidadãos.

A dimensão **Técnico Operativa**: caracteriza as intervenções técnicas do Serviço Social que não são neutras e serão usadas de acordo com as demandas e contextos sociais; cada técnica buscará um fim e seguirá direção social determinada.

Dentre as atividades práticas realizadas pelo assistente social no hospital, destacamos as seguintes:

- Realizar anamnese social e documentar em prontuário;
- Realizar evolução social e documentar em prontuário;
- Acolher situação de óbitos;
- Acompanhar Censo Hospitalar diariamente;
- Registrar atendimento no livro do Serviço Social;
- Acolher situações de emergenciais;
- Acolher, direcionar e encaminhar pacientes com histórico de tentativa de suicídio;
- Visita multidisciplinar e administrativa;
- Mediar Conflitos institucionais e/ou familiares;
- Supervisionar estágio;
- Preceptorial junto aos residentes;
- Orientar questões Previdenciárias e DPVAT- Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre;
- Encaminhar e/ou direcionar para os Recursos que a região disponibiliza;
- Apoiar alta hospitalar de difícil resolução;

- Acolher, intervir e encaminhar pacientes vítimas de violência contra o idoso, violência doméstica contra crianças e adolescentes, violência contra mulher;
- Atender a demanda espontânea (interna e externa);
- Avaliação Social;
- Escuta Técnica;
- Identificar, localizar e notificar pacientes desconhecidos à Delegacia de Pessoas Desaparecidas;
- Orientar usuários que estão em busca de familiares desaparecidos;
- Orientar familiares referentes a garantia ao direito de acompanhante, horários, normas e rotina hospitalar;
- Atender, acolher e orientar paciente em situação de rua, encaminhamento a Centro de Convivência, a pedido do mesmo;
- Avaliar solicitação de remoção domiciliar através da ambulância institucional para pacientes acamados;
- Solicitar carro administrativo para pacientes com limitações. (Com deslocamento de um profissional em caso de paciente desacompanhado);
- Solicitar ambulância da Supervisão de Saúde para auxiliar nas altas;
- Abordagem no leito;
- Convocar familiares;
- Auxiliar situações de avaliação externa, transferência de casos psiquiátricos, leitos de retaguarda;
- Acolher reclamações, atuar e direcionar ao setor específico (SAU- Setor de Atendimento ao Usuário);
- Atuar junto a adolescentes desacompanhado;
- Realizar contato com a rede;
- Trabalhar pendências do plantão noturno ACCR- Acolhimento com Classificação de Risco;
- Mediar necessidades básicas, junto ao setor de Humanização, Programa Alta Amiga, como: doação de roupa, discutir junto a equipe técnica liberação de alimentação/dieta;
- Elaborar Relatório Social.
- Participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar;
- Fornecer e orientar familiar quanto a solicitação do serviço de Oxigeno

terapia Domiciliar e Diálise;

- Orientar quanto aos critérios de encaminhamento para o CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho, auxílio doença, aposentadoria, DPVAT- Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, serviços de órteses, próteses, muletas, faixas cirúrgicas e aspirador;
- Restrição de visita (em situações de risco/ ou por solicitação do próprio paciente)
- Discussão de caso;
- Orientar pacientes e seus familiares quando são encaminhados para realizar procedimento de cateterismo, ponte safena e marca-passo, solicitado pela Central de Transferências, via plantão controlador, (quanto necessário orientação de mediação junto a Defensoria Pública);
- Cobrir demais clínicas devido ausência de profissional;
- Acompanhar o Programa Cuidador quinzenalmente;
- Mediar vagas para Campos do Jordão e Américo Brasiliense para pacientes com diagnóstico de tuberculose;
- Atuar junto à família, pacientes e equipes nas situações de desistência de tratamento;
- Atuar em situações de catástrofe.

Além dessas atividades, também são realizadas as intervenções cotidianas na instituição, ou seja, as intervenções nas demandas emergentes e solicitadas que ocorrem no decorrer do dia dos pacientes e familiares.

O objetivo do Serviço Social neste serviço de saúde é identificar, acolher, orientar e prestar assistência ao usuário e seus familiares no atendimento emergencial e no decorrer da hospitalização. Facilitar o acesso dos usuários ao serviço, aclarando os seus direitos e deveres. Promover e gerenciar os recursos internos e da rede, para otimização do serviço.

O profissional do Serviço Social tem habilidade para dialogar com as demais áreas do conhecimento, e em seu cotidiano profissional atua com a rede socioassistencial e órgãos de direito para trabalhar as demandas, como: Delegacia da Mulher, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Grande Conselho do Idoso, Delegacia de Polícia, Delegacia de Pessoas Desaparecidas, CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social, CRAS- Centro de Referência da Assistência Social, CAPS- Centro de

Atenção Psicossocial, UBS- Unidade Básica de Saúde, AMA- Atendimento Ambulatorial, AME- Atendimento Ambulatorial Especializado, Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência, NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família, ESF- Estratégia Saúde da Família, SASF- Serviço de Assistência Social à Famílias, Programa Melhor Em Casa, Cartórios, entre outros.

Os assistentes sociais neste hospital têm suas ações orientadas pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2008), um documento elaborado pelo CFESS- Conselho Federal de Serviço Social, para nortear o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde que destaca quatro eixos de atuação profissional: atendimento direto ao usuário; mobilização, participação e controle social; investigação planejamento e gestão; acessória, qualificação e formação profissional. Sua atuação também é norteadada pela Política Nacional de Humanização que aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho¹⁰.

A grande maioria dos pacientes hospitalizados apresentam fragilidades emocionais e vulnerabilidades em decorrência de sua internação, que acabam por afetar a vida social. Muitas vezes o paciente é o mantenedor da casa, trabalha na informalidade, sem vínculo empregatício, o que deixa sua família em risco. Trazem aspectos culturais e religiosos ou responsabilidades que lhes impeçam de cuidar de sua saúde.

O paciente quando hospitalizado perde a sua identidade, é lhe retirado seus objetos pessoais, ocorre o seu afastamento de seu convívio social, de seu lar, da sua família e amigos. Passa por procedimentos invasivos que trazem desconforto e dor. Nesse momento o paciente não precisa apenas do tratamento médico e terapêutico, mas também de um profissional que compreenda a particularidade de cada usuário, através de escuta técnica, olhar da totalidade, orientação, esclarecimento, reflexão junto ao usuário e seus familiares ou de um gesto acolhedor que torne esse momento menos árduo, transformando o atendimento que esta sendo prestado mais humanizado.

Neste processo os assistentes sociais por ter uma ampla visão de mundo, podem interpretar a realidade social em que o paciente está inserido e junto da equipe interdisciplinar traçar estratégias para que o paciente siga o tratamento proposto. Conforme enfatiza Furtado, “a interdisciplinaridade

constitui uma importante ferramenta, à medida que oportuniza a realização de mediações entre saberes e competências profissionais, bem como a convivência criativa com as diferenças ¹¹”.

Segundo Martinelli, o assistente social é um profissional que trabalha diretamente com usuário e no âmbito hospitalar deve ser um referencial tanto para o paciente quanto para seus familiares, pois a hospitalização pode modificar perspectiva e capacidades para o enfrentamento desse momento de fragilidade¹².

Importante enfatizar que no cotidiano profissional os assistentes sociais depararam com problemas sociais instalados no núcleo familiar que surgem no momento da alta hospitalar por diversos fatores, seja por questões financeiras, conflito familiares, falta de apoio dos serviços de saúde e assistência social da região, questões de estrutura física no lar, medo dos familiares em lidar com novo, perda do vínculo familiar, entre outros. O adoecimento e o período de internação tornam-se processos muitas vezes dificultosos e dolorosos para sensibilização da família no momento da desospitalização, por motivos muitas vezes, de dificuldade na organização interna na rotina familiar e na divisão de tarefas que se faz necessário diante da nova realidade e no acolhimento novamente do seu familiar, que muitas vezes, volta para o domicílio com limitações e dependências para realização de suas atividades básicas de vida diária. Na maioria das vezes o cuidador precisa deixar o trabalho, comprometer a renda da família, para assumir novas responsabilidades, que lhe causam insegurança e angústia, pois se privam de sua vida particular para cuidar.

O Serviço Social na instituição, juntamente com os residentes e estagiários realizam o acompanhamento com as famílias na procura do fortalecimento dos vínculos afetivos e sociais, acolhimento, esclarecimentos de dúvidas, buscando sempre estratégias para que as famílias possam desenvolver autonomia e contatos com redes de recursos para a melhoria de suas condições de sobrevivência. A equipe acredita que a família desempenha um papel de suma importância no processo de internação e recuperação do paciente, e a todo momento tenta sensibiliza-los quanto essa importância, trabalhando as possibilidades de enfrentamento nesse momento de fragilidade e sua participação no acompanhamento do paciente no período de internação.

Na instituição, os assistentes sociais atuam como educadores,

mediadores, mobilizadores e articuladores das relações entre equipe-paciente-família, viabilizam informações, diariamente, para seus usuários, a respeito de conhecimento adequado aos seus devidos direitos, que às vezes pela falta de conhecimento e informações, são ausentes na vida dessas pessoas. Trata os pacientes e suas famílias como sujeitos de direitos, que possuem uma história de vida, que se relacionam com a realidade e são influenciados por ela. Esta visão rompe com o assistencialismo e com a tutela. Suas intervenções são direcionadas para fomentar o protagonismo dos sujeitos.

Portanto faz-se necessário conhecer o perfil e conseqüentemente a necessidade de cada usuário, para que os assistentes sociais possam trabalhar na viabilização de informações e orientações sociais, socialização em relação aos recursos sociais existentes, abordagens socioeducativas, fortalecimento dos vínculos familiares e encaminhamentos necessários para que os direitos sociais possam ser acessados pelos usuários.

No cotidiano profissional no campo da saúde os assistentes sociais se deparam com demandas diversificadas, como: violência doméstica, pessoas em situação de rua, concessão de guarda, dificuldade de acesso à saúde, vulnerabilidade social, dificuldade de pacientes ou familiares de compreender a terapêutica, conflito familiar, apoio a alta hospitalar (pacientes com sequelas severas), abandono de pacientes, acessibilidade, preconceito entre outros. Cabe o profissional fazer uma leitura crítica de demanda apresentada pelo usuário e desenvolver estratégias cabíveis para cada caso, de acordo com suas peculiaridades, utilizando instrumentais e/ou técnicas profissionais, que conforme cita Santo “consiste no conjunto de recursos ou meios que permitem a operacionalização da prática profissional e dará materialidade a ação profissional¹³”.

As expressões da questão social apresentadas na instituição, no dia-a-dia, são bastante diversificadas, assim o Serviço Social precisa ser dinâmico, criativo, autêntico, atuando de forma ética, facilitando o acesso e, junto a seus usuários buscarem soluções para as questões apresentadas.

Dessa forma, no cotidiano do profissional do Serviço Social ele se depara com diversas facetas que implicam a exclusão social. Sendo assim, pressupõem-se ao Assistente Social alguns requisitos em suas ações, tais como:

- Ter conhecimento sobre instituição em que irá desenvolver a ação (histórico, objetivos, missão, recursos, dificuldades, possibilidades, limites, público alvo);
- Ter domínio da legislação atual que fundamenta a política de atuação junto ao segmento atendido, bem como diversas Leis (Constituição Federal 1988, a Lei Orgânica da Assistência Social, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da saúde, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Estatuto de Idoso, Estatuto da Pessoa com Deficiência, dentre outras.);
- Ter a concepção clara de que a população atendida é constituída por sujeitos de direitos e não meros objetos da ação profissional;
- Saber atuar em equipe, pois essa participação pressupõe o trabalho conjunto de pessoas que discutem e analisam situações e fatos no âmbito de atuação. Traz a ideia do trabalho coletivo, cujos membros partilham de uma visão claramente definida sobre os objetivos alcançados, tendo em vista a totalidade institucional e a ação interdisciplinar;
- Exercer a práxis profissional (com compromisso e responsabilidade), primando pela capacidade de denunciar situações que necessitam ser verificadas, mas também anunciando formas de serem superadas.

Um instrumental utilizado diariamente no cotidiano do assistente social no âmbito hospitalar é a Ficha Social (anamense social), que se caracteriza como a primeira aproximação com paciente e mediante alguma incapacidade do mesmo com seu familiar. Essa ficha é elaborada pela profissional que aborda aspectos econômicos, sociais, e culturais, com objetivo de identificar as questões demandadas pelos usuários do serviço, “elaborando em conjunto com usuário, formas de encaminhamentos ou de respostas, ainda que dentro dos limites institucionais, identificando coletivamente quais as possibilidades de atendimento ¹⁴”.

Esse instrumental se elaborado de forma qualifica, através de uma escuta técnica, correlacionando com a realidade social do usuário e articulando com recursos existentes, tem capacidade de intervir nas demandas imediatistas postas pelos usuários e nas demandas que podem surgir no

período de hospitalização.

A ficha social também pode ser utilizada como instrumento de pesquisa, “pois podem permitir um conhecimento da vida social do sujeito e da sua dinâmica familiar, das suas necessidades, das suas condições materiais objetivas de vida, contribuindo para traçar um perfil da população atendida¹⁴”, possibilitando o conhecimento da realidade da população usuária, permitindo a construção coletiva de estratégias, programas, projetos e políticas sociais para atender as necessidades dessa população.

Ressalta-se que “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”, é uma ação desenvolvida por assistente social prevista pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

Ressalta-se que a saúde como direito de todos e dever do Estado foi uma conquistada dos movimentos sociais, que hoje precisam se unir e lutar para real efetivação do SUS constitucional e os assistentes sociais são aliados a esses movimentos no que concerne a busca pela efetivação dos direitos sociais.

OBJETIVOS

CAPÍTULO III

2 OBJETIVOS:

a) Objetivo Geral

- Conhecer o perfil da população internada em um Hospital Escola Público, referência da região Sul da cidade de São Paulo.

b) Objetivos Específicos:

- Em relação à população internada em Hospital de referência na região Sul, verificar: características pessoais, socioeconômicas, habitacional, composição familiar e acesso à saúde.
- Identificar a demanda social apresentada pelo paciente no momento da entrevista.

MÉTODOS

CAPÍTULO IV

3 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo e analítico, realizado em um Hospital da região Sul de São Paulo- SP, que é um hospital escola público estadual de nível secundário, que atende a população do SUS, das áreas geridas pelas subprefeituras locais (Capela do Socorro e Parelheiros) compostas aproximadamente por 600 e 140 mil habitantes, respectivamente. (Censo demográfico, 2010).

Este equipamento de saúde está localizado no distrito do Grajaú, identificado como uma região de vulnerabilidade social, pois apresenta a segunda pior renda do município de São Paulo, baixo nível de escolaridade, chefes de famílias jovens e presença significativa de crianças. Além disso, a região caracteriza-se por ser escassa de rede de equipamentos de saúde, lazer e cultura.

Paralelamente, a região de Parelheiros também é identificada como uma região de vulnerabilidade alta, apresentando o pior nível de renda e escolaridade do município, concentração de famílias mais velhas e pequeno número de crianças.

4.2 População do estudo

Dados de 2014 indicam que este equipamento de saúde realizou 16.881 internações, 285.474 atendimentos de urgência e emergência, em média 25.000 atendimentos por mês e 5.004 cirurgias.

A amostra da pesquisa foi composta por indivíduos maiores de 18 (dezoito anos) internados no setor de Observação do Pronto Socorro, pois estes que foram internados, após período de observação, representaram uma amostra do que é internado rotineiramente, nas diversas enfermarias do hospital. Os indivíduos foram abordados no período imediatamente após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética. Foram incluídos nesta amostra 400 indivíduos. Todos os indivíduos, independentes do gênero, internados no setor de

Observação do Pronto Socorro foram incluídos na pesquisa. Foram excluídos da pesquisa todos os indivíduos que não tinham condições para o entendimento do questionário, ou que se negarem a respondê-lo.

A amostra foi selecionada como representativa da população internada na instituição por meio do método de Levine, considerando-se um erro de 0,05%¹⁵.

4.3 Coleta de dados

Para conhecer o perfil do paciente internado na Observação do Pronto Socorro deste serviço, foi realizada uma entrevista semiestruturada (apêndice A), por meio de um questionário elaborado pela pesquisadora e aplicado após o paciente ler a Carta de Informação e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A entrevista pessoal ocorreu dentro do período de internação do indivíduo, entre os meses de junho de 2015 a setembro de 2015.

Destaca-se que não foi realizado qualquer procedimento adicional ou intervenção com a população de estudo. Todas as informações de interesse foram coletadas por entrevista pessoal.

O instrumento da entrevista foi composto de informações como: gênero, cor da pele, localização geográfica, escolaridade, faixa etária, religião, número de filhos, ocupação profissional, vínculo, composição familiar, renda, situação habitacional, questões de saúde e acesso aos serviços de assistência social e demanda social.

4.4 Métodos estatísticos

Para análise dos resultados foram aplicados:

1. Teste do qui-quadrado (Siegel)¹⁶ para estudar associações entre as variáveis de gênero e hábitos de vida diária (tabaco, álcool e drogas).
2. Teste G de Cochran (Siegel)¹⁶ para estudar a concomitância das morbidades. Essa análise foi feita em separado para cada faixa etária estudada.

Fixou-se em 0,05 ou 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido aos comitês de ética em pesquisa da UNISA e do Hospital da região Sul de São Paulo- SP via plataforma Brasil para autorização de execução da coleta no campo de pesquisa, obtendo parecer favorável com nº 43870415.9.0000.0081.

O termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice B) foi assinado pelos indivíduos. Um termo de Compromisso e Confiabilidade foi assinado pela pesquisadora (apêndice C).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO V

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS:

Conforme os dados pesquisados na instituição, traçamos o perfil dos pacientes. Para a construção desse perfil, foi necessário, primeiramente compreender o conceito de vulnerabilidade definido pela Política Nacional de Assistência Social: “famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas; em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiência; exclusão pela pobreza, e ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias ou alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social¹⁷”.

5.1 Resultados e discussão.

Tabela 1- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo a faixa etária e sexo no ano de 2015.

FAIXA ETÁRIA	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
18-30 anos	23	13,61	44	19,05	67	16,75
31-60 anos	89	52,66	133	57,57	222	55,5
Mais de 60	57	33,73	54	23,38	111	27,75
TOTAL	169	100,00	231	100,00	400	100,00

Quanto à idade no geral temos que mais da metade 55,5% pertencem à faixa etária de 31-60 anos, somando a 16,75% que estão na faixa etária de 18-30 anos que representam a população economicamente ativa. Dados

referentes às internações pelo SUS revelam que as maiores proporções de atendimentos foram observadas entre os adultos jovens, nas faixas etárias de 20 a 39 anos (40,4%)¹⁸.

Acima de 60 anos temos apenas 27,75%, e podemos associar ao critério de exclusão da presente pesquisa dos pacientes com déficit neurológico e a pirâmide populacional da região que demonstra que a proporção da população idosa da Subprefeitura Capela do Socorro (7,6%) é menor do que no Município de São Paulo (11,9%)¹⁹.

Observamos uma pequena predominância de atendimento ao sexo masculino 57,75% na faixa etária de 31-60 anos, o sexo feminino representa 42,25% e a idade predominante também dos 31-60 anos. Esses dados são similares à mortalidade e internações pelo SUS, onde a predominância do sexo masculino representa 64,6% dos atendimentos^{18 20}. O teste do qui-quadrado χ^2 8.02 ($p= 0,2366$), mostrou que não existe significância estatística com relação ao sexo.

Observamos que a maioria dos pacientes possuem os documentos pessoais, 97% têm RG, Certidão de Nascimento e Título de Eleitor, seguidos de 96,25% que possui CPF, apenas 23,5% Habilitação e 1,75% não possui nenhum documentos pessoal. (apêndice D)

Verificamos que 86,75% possui alguma religião, sendo a católica mais mencionada 53,75%, Evangélico 30%, Espírita 3% e apenas 13,25% declarou não ter uma religião. (apêndice E)

Tabela 2- Escolaridade de pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Escolaridade	N	%
Sem escolaridade e Fundamental 1 Incompleto	90	22,50
Fundamental 1 Completo e Fundamental 2 Incompleto	141	35,25
Fundamental 2 Completo e Ensino Médio Incompleto	71	17,75
Ensino Médio Completo, Curso Técnico e Superior Incompleto	91	22,75
Superior Completo	7	1,75
Total geral	400	100,00

Na educação constatou-se que 22,5%, não tem escolaridade ou tem o Ensino Fundamental 1 Incompleto, seguido de 35,25% que possuem o Ensino Fundamental 1 completo e Fundamental 2 Incompleto. 17,75% tem o Ensino Fundamental 2 Completo e Ensino Médio Incompleto, 22,75% cursou o Ensino Médio Completo, Curso Técnico e Superior Incompleto e apenas 1,75% concluiu o Ensino Superior. Trata-se de uma população com baixa escolaridade, a maioria 57,75% não possui estudo ou tem apenas o Ensino Fundamental 1 Completo. Esses dados são condizentes aos da Supervisão Técnica de Saúde da Capela do Socorro, os quais revela que a maior parcela da população da STS tinha o primário completo e o ginásio incompleto (25,7%), em São Paulo esse percentual é 22%, e não diferenciava muito dos encontrados nos outros graus de instrução (todos na casa dos 20%), à exceção daqueles com ensino superior completo (apenas 6.5%) em São Paulo (12%)¹⁹ A baixa escolaridade estava mais presente no Grajaú, quando se olha para os graus de instrução mais elevados, a melhor situação encontrava-se no Distrito de Socorro²¹.

Tabela 3- Estado conjugal de pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Estado Conjugal	N	%
Com Companheiro	207	51,75
Sem Companheiro	193	48,25
Total geral	400	100,00

Referente ao estado conjugal 51,75% revelaram que vivem com companheiros (as) e 48,25% declararam não terem companheiros. Dados já apontados em outros estudos²⁰. Observa-se uma diferença insignificante entre as pessoas que possuem companheiros (as) das que não possuem. Fator relevante no momento da hospitalização, pois o (a) paciente pode ser o provedor (a) da casa (Chefe de Família) e se não estiver inserido (a) no mercado formal de trabalho, a sobrevivência da família fica comprometida. Podendo também impactar no momento da alta hospitalar, em caso de perda momentânea ou definitiva da capacidade de realizar as atividades da vida diária, a falta do companheiro (a), pode dificultar na rede de apoio familiar ou até mesmo abandono.

Tabela 4- Cor da pele de pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Cor da Pele	N	%
Não Branca	296	74,00
Branca	104	26,00
Total geral	400	100,00

Sobre a cor da pele 74% declararam não serem brancos e 26% brancos, similar às internações no SUS com relação à variável cor/raça, as pessoas que se declararam pardas representaram 51,6% do total². Segundo os dados preliminares do Censo 2010 divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população brasileira chegou a 190,7 milhões de pessoas. No total, 91.051.646 habitantes se declararam brancos, enquanto outros 99.697.545 disseram ser pretos, pardos, amarelos ou indígenas²².

Tabela 5- Local de moradia de pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Bairros	N	%
Grajaú	206	51,50
Cidade Dutra	93	23,25
Parelheiros	66	16,50
Outros distritos Zona Sul	16	4,00
Outras regiões de SP	6	1,50
Marsilac	4	1,00
Pessoa em situação de rua	5	1,25
Outros Municípios	3	0,75
Socorro	1	0,25
Total geral	400	100,00

Com relação à localização dos bairros, os pacientes atendidos no hospital, em sua maioria com o percentual de 51,6% são residentes do distrito do Grajaú, seguido de 23,25% do distrito de Cidade Dutra e 16,5% residentes do distrito de Parelheiros. Ou seja, 91,35% dos pacientes atendidos neste serviço são residentes das Subprefeituras locais, e nos faz refletir que se trata de um hospital regionalizado. Quanto aos pacientes de outros distritos da Zona Sul de São Paulo 4%, na maioria das vezes são socorrido pelo SAMU devido o hospital de referência estar com a porta fechada para atendimento de emergência. Referente aos pacientes que moram em outras regiões de São Paulo 1,5% ou de outros municípios 0,75%, a procura pelo hospital pode ter sido ocasionada por terem passado mal quando estavam a passeio na casa de familiares ou por busca de recursos devido à precarização da saúde nas cidades que residem. Também temos os pacientes que estão em situação de rua, sem residência fixa 1,25%.

Observou-se que o número de pacientes residentes em outros distritos da Zona Sul de São Paulo (4%), é maior que o índice dos distritos de Marsilac (1%) que pode indicar dificuldade de acesso dessa população devido à distância, ocasionando a procura de serviços de saúde pertencentes a outros distritos, já Socorro (0,25%) apresenta melhor nível socioeconômico e possui melhor cobertura por saúde suplementar, ou seja, plano ou seguro de saúde

adquiridos individualmente ou pelo convênio do empregador (52,3%)². Na referente pesquisa apenas 2,5% referiu ter convênio médico. (apêndice F)

Com relação à região de origem identificamos que a maioria 43,75% referiu ter vindo da região do Nordeste, seguido de 38,5% que relatou ter nascido em São Paulo e 11% serem oriundos da região do Sudeste. (apêndice G)

Tabela 06- Número de pessoas e cômodos na residência de pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Nº de Pessoas que reside na residência			Nº de Cômodos		
	N	%		N	%
1 a 3	240	60,00	1 a 3	189	47,25
4 a 7	147	36,75	4 a 7	195	48,25
8 e mais	8	2,00	8 e mais	11	2,75
Morador de Rua	5	1,25	Morador de Rua	5	1,25
Total geral	400	100,00	Total geral	400	100,00

Referente ao número de pessoas na residência verificamos que 60% têm de 1 a 3 pessoas, 36,75% de 4 a 7 pessoas, entre 8 e mais 2% e 1,25% eram pessoas em situação de rua. Números semelhantes são apresentados pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, nos revela que dos 173.741 domicílios de Capela do Socorro (80%) possuem de dois a cinco moradores²³.

Com relação ao número de cômodos da residência identificamos que são proporcionais ao número de pessoas no domicílio, sendo que 47,25% possuem de 1 a 3 cômodos, 48,75% de 4 a 7 e 2,75% entre 8 ou mais.

Referente à situação habitacional, 97,5% relatou residir em casa de alvenaria, 1,25% em barracos de madeira e 1,25% viverem em situação de rua e não ter residência fixa. 72,5% tem casa própria, 22,5% paga aluguel, 3,25% moram em casa cedida e 4% em invasão. (apêndice H)

Com relação ao saneamento básico 97% possui água potável, 97,75% energia elétrica e coleta de lixo e 93,75% esgoto fechado. (apêndice I)
Verifica-se que ainda existem moradias construídas em loteamentos irregulares que despeja seus esgotos diretamente nos córregos e também estão vulneráveis ao acúmulo de lixos.

Estima-se que 15.5% dos habitantes (107.708) da Capela do socorro, residem em uma das 121 favelas existentes no local, sendo que 72.7% dos domicílios em favela estão no Grajaú e apenas 2.8% em Socorro².

Podemos concluir que nem todos pacientes têm o direito de moradia assegurado, o que contradiz a Declaração dos Direitos Humanos, que prevê em seu 17º artigo, que “Toda pessoa individual ou coletiva tem direito a propriedade [...]”. E a Constituição Federal, que prevê a moradia como um direito do cidadão, juntamente com a Política Nacional de Habitação (PNH), que visa promover as condições de acesso à moradia digna de toda população, inclusive a de baixa renda, promovendo, assim, a sua inclusão social²⁴.

Grande parte das moradias é construída em áreas de manancial, através de loteamentos clandestinos sem documentação legal, levando à formação de inúmeros bairros altamente adensados. Essa ocupação desordenada interfere diretamente na má qualidade de vida da população, trazendo problemas de infraestrutura, de saneamento básico, de qualidade de moradia, assim como dificuldades de transporte, educação, segurança e saúde.

Tabela 07- Número de filhos de pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Nº de Filhos	N	%
0	63	15,75
1 a 3	228	57,00
4 a 7	92	23,00
8 e mais	17	4,25
Total geral	400	100,00

Identificamos que a maioria dos pacientes possui de um a três filhos 57%, seguido de 23% que tem de quatro a sete filhos. Temos ainda 15,75% que declarou não possuir filhos e por último 4,25% tem entre oito ou mais filhos.

Dentre as Supervisões Técnicas de Saúde do Município de São Paulo, verifica-se que o maior número de nascidos vivos em 2009 foi na STS de Capela do Socorro (10.573)². Observa-se que nessa região estão presentes

altas taxas de natalidade e que a população residente nestas áreas ainda não passou pela redução de suas taxas de fecundidade, ou seja, 80% possuem de 1 a 7 filhos.

Referente à composição familiar observamos que a maioria dos pacientes provém de famílias nucleares simples 52%; composta por pai, mãe e filhos, 17% vem de família nucleares extensas; composta por pai, mãe e mais de duas gerações, 14, 75% declarou residir sozinhos; (família unipessoais), 5,75% são de famílias reconstituídas; que se organizam através de outras uniões, seguido de 5,75% de famílias monoparentais femininas; chefiadas por mulheres, e 3% provêm de famílias anaparental; formadas por irmãos, primos (parentes), 1% são de famílias Sócio-afetivas; constituídas por amigos através do valor de afeto, sem grau parentesco. Há, ainda, as famílias monoparentais masculina; chefiados pelo homem (0,75%). Observa-se uma grande parcela da população que reside sozinha, sendo a maioria pessoas idosa acima de 60 anos. (apêndice J)

Estes dados nos levam a refletir que, na atualidade, não se considera um único conceito de família. A composição familiar mudou de acordo com as mudanças ocorridas na sociedade e as diferentes classes correspondem a diferentes versões de família. Não se aplicam aos conceitos de família apenas os parâmetros de consanguinidade. O conceito de família se estende aos laços afetivos, em torno de relações de gerações e de gênero, relações de cuidado, proteção e convivência cotidiana, independente do grau de parentesco existente entre os indivíduos²⁵.

Tabela 08- Situação ocupacional de pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Trabalha	N	%
CLT	85	44,27
Trabalhador Informal	72	37,50
Contribuinte Individual	25	13,02
Trabalha / Aposentado	7	3,65
Trabalha / Pensionista	3	1,56
Total geral	192	100,00

Sobre a inserção no mercado de trabalho verificou-se que 48% dos pacientes desenvolvem alguma atividade remunerada, sendo que 57,29% contribuem para algum instituto da previdência, ou seja, 44,27% estão inseridos no mercado de trabalho formal e 13,02% são contribuintes individuais e tem seus direitos trabalhistas assegurados. Pouco menos da metade 42,71% não possui registro na carteira e trabalha na informalidade, fator este que ocasiona a perda de uma série de direitos trabalhistas e a venda de sua força de trabalho, se tornando mercadorias como quaisquer outras. Ainda temos os aposentados ou pensionistas que realiza atividade remunerada para complementar a renda familiar.

Dados da Subprefeitura local de 2007 aponta que em valores absolutos o maior número de empregos estava no distrito do Grajaú, mas a relação empregos/habitantes deste distrito era menor da STS (0.19 empregos/habitantes, contra 1.76 empregos/habitantes no distrito de Socorro. A média do município de São Paulo era de 0.54 emprego/habitantes no ano de 2007 e demonstra que o distrito do Socorro tem uma relação bem acima da média da cidade².

Observou-se que a maioria dos trabalhos desenvolvidos pelos pacientes são precários, não qualificados, e, muitas vezes, o trabalho exercido exige força física e não oferecem direitos trabalhistas. As ocupações mais citadas foram os serviços de construção civil e serviços domésticos. (apêndice K)

Tabela 09- Situação dos pacientes que não trabalham internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Não trabalha	N	%
Aposentado	87	41,83
Desempregado	81	38,94
Auxílio Doença	16	7,69
Pensionista	14	6,73
Seguro Desemprego	8	3,85
Aposentada/ Pensionista	2	0,96
Total geral	208	100,00

Constatou-se que 52% não desenvolve atividade remunerada, sendo que 38,9% encontram-se desempregado e 61,1% estão recebendo algum Benefício Previdenciário, sendo a aposentadoria mais mencionada 41,8%, em segundo lugar 7,7% auxílio doença, 6,7% pensão por morte, 3,85% está recebendo seguro desemprego e 0,96% recebem aposentadoria e pensão por Morte. Observa-se um número relevante de desemprego na região que vai ao encontro dos dados apresentados pela Supervisão Técnica de Saúde da Capela do Socorro, pois revela os “sem trabalho” são muitos na região 12.1% da população da STS, 14.2% da população do Grajaú, acima da média do Município 8.0%².

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra do Domicílio de 2014 revelou que houve um crescimento 9,3% na taxa de desemprego em relação ao ano de 2013 no Brasil²⁶.

Tabela 10- Renda de pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Renda	N	%
Menos de 1 salário a 2 salários	186	46,50
3 a 5 Salários	139	34,75
6 a 8 Salários	19	4,75
Acima de 9 salários	3	0,75
Sem Informação	53	13,25
Total	400	100,00

A distribuição referente à renda mostrou que a maioria 46,5% dos pacientes sobrevive com renda inferior a um salário a dois salários mínimos; 34,75% com renda de três a cinco salários; 4,75% com renda de seis a oito salários, acima de nove salários 0,75% e 13,25% não declararam sua renda, a maioria por pertencer à família extensa e não ter informação quanto à renda dos demais membros da residência. Esses resultados estão de acordo com os dados apresentados pela Supervisão Técnica de Saúde local, nos revela que o maior número de pessoas da região (37,2%) tem renda mensal na faixa de R\$ 760,00 a R\$ 1.520,00. No distrito do Grajaú esse percentual representa (45,6%), já os distritos de Socorro e Cidade Dutra possui melhor situação socioeconômica com renda superior (de R\$ 1.520,00 a R\$3.040,00)².

Sendo assim, podemos perceber que se trata de uma população de baixa renda, o estudo em questão revela que a renda da família, equiparada ao elevado número de pessoas integrantes do grupo familiar, diminui a renda per capita e o acesso aos bens de consumo básicos.

Tabela 11- Pacientes cadastrados no CRAS- Centro de Referência de Assistência Social internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Cadastro no CRAS	N	%	N	%
Não			322	80,50
Sim			78	19,50
Se sim qual Benefício Social:				
Bolsa Família	50	12,50%		
Renda Mínima	3	0,75%		
Renda Cidadã	2	0,50%		
Bolsa família e Ação Jovem	1	0,25%		
Taxa Mínima Luz	1	0,25%		
Bolsa Aluguel	1	0,25%		
Bolsa família e Renda Cidadã	1	0,25%		
Não recebe	19	4,75%		
Total geral	78	19,50%	400	100,00

Observamos que dos pacientes entrevistados 19,5%, estão cadastrados no CRAS e apenas 14,75% recebem algum tipo de Benefício de Transferência de Renda, sendo o Bolsa Família o mais citado 12, 5%. O que se observa é que a maioria, não tem acesso a nenhum tipo de benefício social, ou seja, estão privadas de seus direitos, sendo que deveriam estar incluídas nos cadastros do CRAS para terem acesso aos benefícios sociais, uma vez que a renda é insuficiente para o custeio das necessidades básicas da família.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública da Política de Assistência Social, de base local, integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esse serviço tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania²⁷.

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) também é uma unidade pública da Política de Assistência Social que oferta serviços especializados e continuado a famílias e indivíduos, crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e mulheres, em situação de ameaça ou violação de direitos, como: violência física, psicológica, sexual, cumprimento de medidas socioeducativa em meio aberto, pessoas em situação de rua, situação de risco pessoal e social associados ao uso de droga, entre outros²⁷.

Importante citar a insuficiência de equipamentos de assistência social na região, no distrito da Capela do Socorro temos 2 CRAS e 1 CREAS, no distrito de Parelheiros temos apenas 1 CRAS e não tem nenhum equipamento do CREAS na região.

A Norma Operacional Básica determina que um equipamento do CRAS acompanhe até 5.000 famílias. Estima-se que a população de Capela do Socorro e Parelheiros chegou a um milhão de habitantes, portanto os equipamentos existentes são insuficientes diante do número de famílias na região²⁷.

Tabela 12- Pacientes inseridos em programas sociais internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Participação em Programas Cultura/Lazer/Esporte/ Curso Profissionalizante	N	%	N	%
Não			392	98,00
Sim			8	2,00
Se sim qual atividade Cultura/Lazer/Esporte/ Curso Profissionalizante:				
Atividade Física	2	0,50%		
Padaria e Confeitaria	2	0,50%		
Futebol	2	0,50%		
Natação e bordado	1	0,25%		
Terapia e Alongamento	1	0,25%		
	8	2,00%	400	100,00

Percebe-se, claramente, que a maioria dos pacientes estão excluídos das políticas públicas, apenas 2% declarou participar de algum programa social de cultura, lazer, esporte ou curso profissionalizante.

Se verificarmos o Mapa de Exclusão/Inclusão constata-se que a Supervisão Técnica de Saúde da Capela do Socorro incluía dois distritos considerados como área de exclusão social. Em um índice que varia de 1 (mais incluído) a -1 (menos incluído) Grajaú apresenta um índice de -0.98, Cidade Dutra -0.54, Parelheiros -0.88, Marsilac -0.69, já Socorro 0.02, este último considerado incluído, embora bastante distante de 1¹⁹.

O Mapa da Exclusão/Inclusão Social é uma metodologia que utiliza dados quantitativos, qualitativos e de geoprocessamento na produção de índices territoriais intraurbanos, que hierarquizam regiões de uma cidade quanto ao grau de exclusão/inclusão, através de quatro dimensões: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade. Esses índices

vinculam as condições de vida da população ao território em que vive. Tendo como principal fonte o Censo do IBGE¹⁹.

Tabela 13- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo quem faz e quem fez uso de Drogas.

Grupo Etário	Faz Uso				Fez Uso			
	Sim	Não	Total	%Sim	Sim	Não	Total	%Sim
18- 30 anos	2	65	67	2.9	4	63	67	4.0
31-60 anos	9	213	222	4.0	17	205	222	17.0
61 anos e mais	1	110	111	0.9	0	111	111	0.0
Total	12	388	400	3.0	21	379	400	5.2

Teste do Qui-quadrado

$$X^2 = 0.92 (p=0.6300)$$

NS

$$X^2 = 8.80 (p=0.0122)$$

31-60 anos > demais

Referente aos indivíduos que fazem uso de drogas, o teste Qui-quadrado não foi significativo para nenhuma faixa etária. Já a associação entre indivíduos que deixaram de fazer uso o teste apresentou significância e revelou que os indivíduos na faixa etária de 18-30 e 31-60 anos, possui maior propensão a ter deixado o hábito de usar drogas, pois nessa pesquisa nenhum indivíduo acima de 60 anos referiu já ter feito uso.

Com relação ao consumo de substância ilícita um estudo do Ministério da Saúde apontou que cerca de 10% da população residente em centros urbanos, no Brasil e no mundo, consomem de forma abusiva substâncias psicoativas. O abuso ou a dependência de álcool e drogas representam 33% das causas de internações no Brasil, no período entre janeiro a setembro de 2008²⁸.

Tabela 14- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo quem faz e quem fez uso de Tabaco.

Grupo Etário	Faz Uso		Total	%Sim	Fez Uso		Total	%Sim
	Sim	Não			Sim	Não		
18- 30 anos	45	22	67	67.2	6	61	67	9.0
31-60 anos	66	156	222	29.7	99	123	222	44.6
61 anos e mais	50	61	111	45.1	44	67	111	39.6
Total	161	239	400	40.2	149	251	400	37.2

Teste do Qui-quadrado

$$X^2 = 31.46 (p=0.001^*)$$

18-30 anos > os demais

$$X^2 = 28.34 (p=0.0001^*)$$

18< os demais

Com relação aos indivíduos que fazem ou já fizeram uso de tabaco o teste Qui-quadrado foi significativo e apontou que os indivíduos de 18-30 anos tem mais propensão de fumar que os demais. Em contrapartida os indivíduos de 31-60 e 61 e mais apresentaram maior iniciativa a deixar o hábito de fumar.

Embora estejam acontecendo várias ações de enfrentamento ao tabagismo, como proibição da propaganda de cigarros, advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto e adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2006 no Sudeste entre os anos de 2006 á 2010 houve um leve aumento (0,2%) no percentual de pessoas fumantes²⁹.

Tabela 15- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo quem faz e quem fez uso de Álcool.

Grupo Etário	Faz Uso		Total	%Sim	Fez Uso		Total	%Sim
	Sim	Não			Sim	Não		
18- 30 anos	37	30	67	55.2	3	64	67	4.5
31-60 anos	55	167	222	24.8	86	136	222	38.7
61 anos e mais	30	81	111	27.0	67	44	111	60.4
Total	122	278	400	30.5	156	244	400	39.0

Teste do Qui-quadrado

$$X^2 = 23.38 (p=0.001^*)$$

18-30 anos > os demais

$$X^2 = 54.86 (p=0.0001^*)$$

61 e mais > demais

Referente ao hábito de fazer ou já ter feito uso de bebida alcoólica o teste do Qui-quadrado foi significativo, para o grupo etário entre 18-30 anos, que apresentou maior propensão de ingestão de bebidas alcoólicas; os indivíduos idosos acima de 61 anos, apresentaram maior disposição de renunciar ao hábito de ingerir álcool.

Verifica-se que a região Sudeste entre os anos de 2006 á 2010 apresentou um leve aumento (1,9%) no percentual de pessoas que consomem álcool²⁹.

A exposição ao álcool tem início precoce: 71% dos estudantes do 9º ano avaliados na PeNSE relataram que já haviam experimentado álcool e 27% haviam consumido bebidas alcoólicas nos trinta dias anteriores. Quase 25% desses alunos disseram que haviam se embriagado pelo menos uma vez na vida (MALTA et al., 2010)²⁹.

Observamos que no geral 52,75% dos pacientes já tiveram ou tem contato com tabaco, 55% consomem ou já consumiram bebida alcoólica e 8,25% fazem ou já fizeram uso de droga. Podemos concluir que grande parte dos pacientes apresentam fatores de risco para determinadas doenças devido à exposição ao uso de álcool, tabaco e drogas e acreditamos que esses números estão subnotificados, e que qualquer tipo de vício ainda seja visto como um tabu para os pacientes que temem sofrer preconceito e discriminação pela sociedade e muitas vezes não relatam o uso ou e se referem como ex-

usuários.

Dados do Ministério da Saúde apresenta como determinantes sociais das doenças crônicas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco como: o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto²⁹.

Tabela 16- Principal queixa de saúde apresentada pelos pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Queixa de Saúde	Nº	%
Dor	118	29,50
Acidentais	86	21,50
Não especificadas	70	17,50
Respiratórias	56	14,00
Neurológicas	48	12,00
Violentas	13	3,25
Urinárias	5	1,25
Gastrointestinais	4	1,00
Total geral	400	100,00

A dor foi à queixa mais frequente 29,5%, em sequência as queixas acidentais 21,5%, as queixas não especificadas representam 17,5%, em seguida aparecem as queixas respiratórias 14% e as queixas neurológicas 12%.

Tabela 17- Principal diagnóstico dos pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015 segundo grupos etários.

Diagnóstico	18-30 anos		31-60 anos		Mais de 60		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cardiovascular	0	0	46	20,7	46	41,4	92	23
Causas acidentais	28	41,8	57	25,7	6	5,4	91	22,7
Aparelho respiratório	11	16,4	29	13	24	21,6	64	16
Aparelho digestivo	9	13,4	33	14,9	17	15,3	59	14,8
Aparelho geniturinário	2	3	10	4,5	4	3,6	16	4
Causas violentas	5	7,4	8	3,6	1	0,9	14	3,5
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	2	3	8	3,6	3	2,7	13	3,3
Doenças da pele e subcutâneo	2	3	7	3,2	1	0,9	10	2,5
Infecciosas	2	3	7	3,2	1	0,9	10	2,5
Causas não especificadas	2	3	7	3,2	0	0	9	2,3
Neurológicas	2	3	5	2,3	1	0,9	8	2
Neoplasias	0	0	2	0,9	5	4,6	7	1,8
Nefróticas	2	3	1	0,4	2	1,8	5	1,3
Hematológicas	0	0	2	0,9	0	0	2	0,5
TOTAL	67	100	222	100	111	100	400	100

Com relação ao diagnóstico enfatizamos que foi verificado o diagnóstico descrito na alta do paciente. Identificamos que na faixa etária dos 18 a 30 anos o maior percentual são as causas acidentais e nos faz refletir o quanto às quedas e acidentes de trânsito é recorrente nessa região, assim como as causas violentas (agressão física, tentativa de homicídio e tentativa de autoextermínio) que ocupa a quarta posição.

Esses agravos são características da população jovem, causa grande impacto econômico, incapacidades momentâneas ou definitivas em uma população economicamente ativa, alto índice de morbimortalidade e muitas vezes demandam assistência médica complexa inexistente em um serviço de saúde secundário como avaliação da neurocirurgia e da cirurgia buco-maxilo facial.

Observa-se que a proporção de internações por causas externas apresentou aumento progressivo (7,7% em 2000 para 10,4% em 2010), o risco de internação por quedas vem se mantendo como o mais elevado, ultrapassando 15 internações por 10 mil habitantes a cada ano. O motivo da segunda causa de maior risco de internação foram as lesões decorrentes de

acidentes de transporte terrestre, que atingiu o valor de 7 internações por 10 mil habitantes³⁰.

Dados do Ministério da Saúde revelam que a maior parte das internações por causas externas foram de homens (70,3%), com as quedas representando a maioria dos eventos (36,1%). Nos serviços de urgência e emergência, 64,9% dos atendimentos foram de homens e 32,8% tiveram as quedas como principal causa. As maiores proporções de atendimentos foram observadas entre adultos jovens, nas faixas etárias de 20 a 39 anos (40,4%) que concentrou o maior número de registros, seguidos dos 10 a 19 anos (18,02%). Porém a população acima de 60 anos apresentou maior risco de morte e internações¹⁸.

O mesmo acontece com a faixa etária dos 31 a 60 anos onde as causas acidentais ocupam a primeira posição, porém nessa faixa etária já aparecem às doenças cardiovascular ocupando a segunda posição.

Segundo o Ministério da Saúde em 2010 foram autorizadas 929.893 internações hospitalares por causas externas pelo SUS. Os homens representaram 70,5% das internações por essas causas e as mulheres, 29,5%. A taxa de internação hospitalar foi 48,5 por 10 mil habitantes, variando de 69,6/10 mil homens a 28,1/10 mil mulheres, sendo o risco de internação entre os homens 2,5 vezes o estimado entre as mulheres. A faixa etária de 20 a 59 anos foi a de maior proporção das hospitalizações (60,4%), seguindo-se o grupo dos idosos, de 60 anos de idade ou mais (16,2%)³⁰.

Os achados nessa pesquisa aponta a importância de um trabalho mais efetivo da CET- Companhia de Engenharia de Tráfego voltado para educação, fiscalização e humanização no trânsito.

Também é importante citar o alto índice de internação decorrente de quedas, normalmente esses eventos ocorrem com mais frequência na população idosa através de acidentes como: escorregão, tropeção, passo em falso, entre outros. Porém nessa pesquisa esses eventos ocorreu em uma população jovem e indica a importância de programas de prevenção, tratamento e reabilitação e estudos mais minuciosos para conhecer detalhadamente as condições que ocorreram esses eventos.

Outro fator importante é o aparecimento das doenças cardiovasculares em uma população jovem 31-60 anos. Essa é uma condição clínica frequente,

de alto custo, frequentemente incapacitante e a principal causa de morte no mundo²⁹.

Cerca de 80% das mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT ocorreram em países de baixa ou média renda e, nesses países, cerca de 30% das mortes ocorreram em pessoas com menos de 60 anos²⁹.

Na faixa etária acima de 60 anos o principal diagnóstico são as doenças cardiovasculares, seguidas das doenças respiratórias e em terceiro lugar as doenças do aparelho digestivo.

As doenças cardiovasculares tem um impacto muito importante na qualidade de vida da população, devido às sequelas severas e muitas vezes irreversíveis que muda totalmente a dinâmica de uma família, se tornado a principal dificuldade de desospitalização do paciente, devido à dificuldade da família em assumir os cuidados em domicílio, por diversas razões, entre elas a baixa instrução, dificuldade financeira e apoio de serviços de saúde da rede pública para dar continuidade no tratamento.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT representaram 72,4% das causas de óbito no Brasil e as causas mais frequentes no ano de 2009 foram às doenças cardiovasculares (31,3%), o câncer (16,2%), as doenças respiratórias (5,8%) e o diabetes (5,2%). No conjunto, essas quatro doenças representam 80,5% do total de óbitos por DCNT³⁰.

Dados semelhantes são apresentados pelo DATASUS³¹ referente ao percentual de internações por grupo de causas em 2009, em primeiro lugar aparecem às doenças do aparelho circulatório 10,05%, que também é responsável pela principal causa de morte da população representando 33,09%, em segundo lugar as doenças do aparelho respiratório 10,04% e em terceiro as causas externas 10,02 %, as doenças do aparelho digestivo representam 8,09%.

Esses diagnósticos também são similares com as principais causas de morte na região conforme apresentado nos indicadores.

Dados no Ministério da Saúde revelam que a mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis- DCNTs no Brasil está em declínio entre 1991 e 2009 decresceu 26% (1,4% ao ano), esse declínio ocorreu em todas as regiões e foi um pouco maior em mulheres (27%) do que em homens (24%), cerca de 80% do percentual de 2% ao ano recomendados pela Organização Mundial de

Saúde- OMS em 2005³⁰.

O Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento a essas doenças como: Organização da Vigilância de DCNT, que tem o objetivo conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde; Política Nacional de Promoção da Saúde, que desenvolve ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool; Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, do Ministério da Saúde, que visa enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas; Expansão da Atenção Básica, Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes³⁰.

Os dados aqui apresentados apontam que embora o Brasil esteja se esforçando na luta contra as doenças crônicas ainda precisamos avançar através das políticas e programas de promoção em saúde, prevenção dos fatores de riscos e controle das DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Tabela 18- Especialidade do atendimento de pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Especialidade	Nº	%
Clínica Médica	213	53,25
Ortopedia	90	22,50
Clínica Cirúrgica	66	16,50
Neurologia	31	7,75
Total geral	400	100,00

Ao analisar as especialidades médicas, verifica-se que a predominância dos atendimentos foi da Clínica Médica 53,25%, seguidos de 22,50% de atendimentos realizados pela Ortopedia, a Clínica Cirúrgica representou 16,50% dos atendimentos e a Neurologia 7,75%. Dados condizentes com as principais causas de internação (doenças cardiovasculares e causas externas).

Registros do Hospital apontam que entre os meses de junho á setembro de 2015, ocorreram no Pronto Socorro adulto, 1195 atendimentos de Clínica Médica, 458 Clínica Cirúrgica, 298 Ortopedia e 66 Neurologia. Importante citar que em muitos casos os pacientes primeiramente são atendidos pela Clínica Médica e posteriormente acompanhado pela Neurologia, o mesmo acontece com os pacientes vitimas de traumas admitidos inicialmente pela Clínica Cirúrgica e subseqüentemente passam a ser acompanhados pela Ortopedia.

O meio de transporte mais utilizados no socorro foi o carro particular 52%, dados condizentes, pois a maioria dos pacientes foram socorridos pelos familiares, seguido das transferências de outros serviços de saúde 19,5%, com o maior índice de transferência realizado pelo P.S Maria Antonieta e AMA de Parelheiros. 12,75% declararam que utilizaram o transporte público e 12,25% foram socorridos pelo SAMU. (apêndice L)

Referente ao socorro identificou que 69% foram os familiares, 15,25% chegaram ao serviço de saúde desacompanhados, 13,5% socorridos por amigos, 2% por terceiros e 0,25% socorridos pelos Bombeiros. (apêndice M).

Tabela 19- Principais morbidades apresentadas pelos pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no grupo etário de 18 a 30 anos.

Morbidade	N	%	Teste G de Cochran
Cardiovascular	2	2.9	Gcalculado = 3.20 p = 0.9994(N.S)
Psiquiátricas	0	0	
Aparelho respiratório	6	8.7	
Aparelho digestivo	4	5.8	
Reumáticas	0	0	
Neurológicas	3	4.3	
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	3	4.3	
Neoplasias	1	1.5	
Infecciosas	0	0	
Nefróticas	0	0	
Hematológicas	2	2.0	
Aparelho geniturinário	0	0	
Oculares	0	0	
Doenças da pele e subcutâneo	0	0	
Aparelho Circulatório	0	0	
Insuficiência Renal	0	0	

*48 pacientes não possuem Comorbidades.

Na faixa etária 18- 30 anos conforme o teste G de Cochran não houve

significância estatística na frequência das comorbidades. Importante citar que dos 67 pacientes nessa faixa etária, apenas 19(28,3%) possuem alguma comorbidade.

Tabela 20- Principais morbidades apresentadas pelos pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no grupo etário de 31 a 60 anos.

Morbidade	N	%	Teste G de Cochran
Cardiovascular	87	29.6	Gcalculado 601.05 p = 0.000000*
Psiquiátricas	12	4.1	
Aparelho respiratório	12	4.1	
Aparelho digestivo	11	3.7	
Reumáticas	8	2.7	
Neurológicas	7	2.4	
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	41	13.9	
Neoplasias	6	2	
Infeciosas	8	2.7	
Nefróticas	6	2.1	
Hematológicas	4	1.4	
Aparelho geniturinário	1	0.3	
Oculares	2	0.6	
Doenças da pele e subcutâneo	1	0.3	
Aparelho Circulatório	0	0	
Insuficiência Renal	0	0	

*88 pacientes não possuem comorbidades.

O teste G de Cochran mostrou que na faixa etária 31-60 a frequência do aparecimento das comorbidades cardiovasculares e metabólicas foi significativamente maior que as demais. Ressaltamos que dos 222 pacientes nessa faixa etária 138 (62,2%) possuem comorbidades, esses dados são preocupante, pois se trata de uma população jovem e economicamente ativa com problemas de saúde que podem interferir em sua qualidade de vida. Podemos associar essas doenças com os hábitos de vida da população (sedentarismo, tabagismo, obesidade, alcoolismo, maus hábitos alimentares, entre outros), que são fatores de risco para as comorbidades cardiovascular e metabólica. Esses dados apontam a necessidade de estudos mais detalhados sobre o assunto para trabalhar a prevenção desses eventos em uma população jovem.

Tabela 21- Principais morbidades apresentadas pelos pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no grupo etário de 61 anos e mais.

Morbidade	N	%	Teste G de Cochran
Cardiovascular	88	41.2	Gcalculado = 749.22 p = 0.000000*
Psiquiátricas	6	2.8	
Aparelho respiratório	16	7.5	
Aparelho digestivo	7	3.3	
Reumáticas	4	1.8	
Neurológicas	2	1.4	
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	54	25.3	
Neoplasias	4	1.8	
Infecciosas	3	1.4	
Nefróticas	3	1.4	
Hematológicas	2	0.9	
Aparelho geniturinário	6	2.8	
Oculares	4	1.8	
Doenças da pele e subcutâneo	0	0	
Aparelho Circulatório	1	0.4	
Insuficiência Renal	1	0.4	

*13 pacientes não possuem comorbidades.

Na faixa etária 61 anos e mais o teste também evidenciou uma frequência significativamente maior do aparecimento das comorbidades cardiovascular e metabólicas entre as demais. Enfatizamos que dos 111 pacientes nessa faixa etária 98(88,3%) possuem comorbidades, de saúde e pode estar associado à bagagem de maus hábitos de vida em sua trajetória e limitação no sistema de defesa conforme o aumento da idade. Sugerimos estudos mais minuciosos para o enfrentamento dessas doenças.

Portanto verificamos que dos pacientes entrevistados (251) 62,75% relataram possuir doenças pré-existentes. Importante citar que um paciente apresenta mais de uma comorbidade

Esses dados condizem com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), pois apresenta que no Brasil, 59,5 milhões de pessoas (31,3%) afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica; do total da população, 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas e esses percentuais aumentam com a idade, revela ainda que as quatro doenças crônicas de maior impacto mundial são: doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas³⁰.

As Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) são responsáveis

por 76% da mortalidade geral, 63% das internações pagas e 73% dos gastos do SUS por internações de indivíduos residentes do município de São Paulo³².

Tabela 22- Fornecimento das medicações de uso contínuo para pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Faz uso de Medicação	N	%
Não	175	43,75
Sim	225	56,25
Fornecimento:		
Rede Pública	156	39,00
Comprado pelo paciente	69	17,25
Total geral	400	100,00

Referente ao uso de medicações 56,25% dos pacientes declarou fazer uso de medicação contínua, 39% enfatizou o fornecimento da medicação pela rede pública e 17,25% fazer a compra da medicação.

Identificamos que a maioria dos pacientes que não tem a medicação fornecida pela rede pública possui doença cardiovascular (74,3%), sendo esta a principal causa de morbimortalidade no mundo, ocasionando perda da qualidade de vida, resultando muitas vezes em aposentadorias precoces e alto custo socioeconômico para o país.

Esses dados nos faz refletir que a expansão da atenção farmacêutica e da distribuição gratuita de medicações e o Programa de Farmácia Popular não suprem as necessidades de todos pacientes²⁹.

Tabela 23- Acompanhamento médico de pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Acompanhamento Médico:	N	%
Sim	232	58,00
Não	168	42,00
Total geral	400	100,00
Serviços de Acompanhamento:	N	%
UBS ESF	147	47,42
AME	55	17,74
UBS Tradicional	46	14,84
Hospital de Referência	39	12,58
Clínica de Diálise	8	2,58
Outros	15	4,84
TOTAL	310	100,00

Por meio dos dados analisados, é possível observar que 58% dos pacientes possuem algum tipo de acompanhamento médico: 47,42% é acompanhado pela UBS através da Estratégia Saúde da Família- ESF, 17,74% pelos Ambulatórios de Especialidades Médicas-AME, 14,84% pela UBS tradicional, 12,58% por Hospitais de Referência, 2,58% em Clínicas de Diálise e 4,84% em outros serviços de saúde.

Concluimos que o número de pacientes que declararam ter algum problema de saúde é inferior ao número dos que possuem algum tipo de acompanhamento médico. O que nos faz refletir o quanto a Política de Saúde Pública na região é precária por não ter uma rede de atenção primária que atenda a necessidade da população, ocasionando aumento da demanda no único serviço de urgência e emergência da região para suprir essa insuficiência.

Uma pesquisa realizada em 2005 pelo Movimento Popular de Saúde da Capela do Socorro, em parceria com o Instituto Polis, revelou que o número de UBS existentes, em comparação ao número de equipamentos em outras subprefeituras, indicava que a Subprefeitura da Capela do Socorro era a que

apresentava o maior déficit de unidades para atender os 579 mil usuários do SUS na região; revelou que a capacidade de atendimento das 15 unidades existentes naquele momento deixava 48% dos usuários do SUS sem cobertura na atenção básica à saúde, considerando somente a população residente no distrito do Grajaú no ano de 2005 (420 mil habitantes) seriam necessárias 21 unidades básicas de saúde para promover atendimento em saúde a população local. O número de USBs para atender os usuários dessa região passou de 12 (2005) para 14 (2007), essa região apresenta um déficit de UBSs conforme a referência da Organização Mundial de Saúde que prevê a necessidade de 1 UBS para cada 20 mil habitantes e quatro leitos por mil habitantes. Neste período o hospital disponibilizava 276 leitos, ou seja, 0,28 leitos por mil habitantes³³. Hoje contamos com 18 UBS e apenas um único hospital na região de Capela do Socorro.

Portanto concluímos que na atualidade o número de serviços de saúde nessa região ainda não é suficiente para trabalhar a promoção, prevenção e recuperação da saúde dessa população. São constantes os relatos dos pacientes quanto à falta do profissional médico nas Unidades Básicas de Saúde, dificuldade no agendamento de consulta com especialidades médicas nos ambulatórios, morosidade e falta de resolutividade dos serviços. Tais fatos ocasionam maior procura ao hospital por atendimentos de baixa complexidade, busca de exames e investigação diagnóstica que deveriam ser absorvidas pela atenção básica.

Verifica-se a necessidade de uma rede de serviços de saúde em número suficiente para atender à população e realizar atendimentos básicos, constituindo uma rede de apoio à atuação do hospital, encaminhando ao mesmo somente casos de maior gravidade.

Tabela 24- Demanda social apresenta por pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo no ano de 2015.

Demanda Social	N	%
Orientações Gerais	671	64,96
Elaboração de Anamnese Social	235	22,75
Encaminhamento a Rede de Serviços	119	11,52
Elaboração de Relatório Social	8	0,77
Total	1033	100,00

A demanda social mais recorrente no setor são as Orientações Gerais 64,96% (Direitos e Deveres de pacientes e familiares, questões trabalhista e previdenciária, Boletim de Ocorrência, Seguro Obrigatório- DPVAT, Supervisão Técnica de Saúde e quanto à importância do uso contínuo de medicações e acompanhamento médico, em segundo lugar vêm a Anamnese Social 22,75% (Documento elaborado por assistentes social mediado pelo diálogo entre profissional e usuário, tendo como objetivo o conhecimento da realidade de maneira profunda e crítica, favorecendo as reflexões técnicas, que permitem a elaboração de um conhecimento científico que possa desvendar a realidade para intervenção e encaminhamentos pertinentes), em seguida os Encaminhamentos à Rede de Serviços com 11,52%; esta atividade se constitui numa prática interventiva mediada, em que o assistente social se utiliza das ofertas de bens e serviços disponíveis, orientando pacientes e familiares, de acordo com a necessidade apresentada (CRAS, CAPS Álcool e Droga e Saúde Mental, Centro de Integração e Cidadania, Poupa Tempo, PAI- Programa Acompanhante de Idosos, Serviços de DST e Conselho Tutelar). Por último a Elaboração de Relatório Social 0,77% (Documento elaborado por assistentes sociais para ser direcionada a rede de serviços). Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos^{34, 35}.

Importante comentar que esses dados são fragmentados e não mensuram a intervenção do Serviço Social, pois os assistentes sociais acompanham os pacientes e seus familiares desde a internação até o momento da alta hospitalar e o referido estudo foi realizado em um único momento.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO:

Observamos que a população assistida por esse serviço de saúde se encontra em situação de vulnerabilidade decorrentes do contexto social no qual estão inseridos, essa vulnerabilidade possui múltiplas dimensões e não se restringe apenas à carência ou ausência material, pois a maioria são chefes de famílias jovens, com presença significativa de filhos, renda mensal insuficiente, alta taxa de desemprego, grande percentual de trabalho informal e baixa escolaridade. Poucas famílias recebem algum tipo de Benefício de Transferência de Renda e uma parcela mínima participa de algum projeto social.

Possuem documentos pessoais, grande parte sem companheiros (as), não brancos, católicos, pertencentes à família nuclear. A maioria dos pacientes é proveniente da região do nordeste, moradores no distrito do Grajaú em casa própria.

Verificamos que se trata de um hospital regionalizado, pois a maioria dos pacientes é residente das subprefeituras locais. Observamos uma pequena demanda de residentes do distrito de Marsilac, o que pode indicar dificuldade de acesso dessa população.

O principal responsável pelo socorro dos pacientes foram os familiares, o meio de transporte mais utilizado foi o carro. A especialidade médica mais procurada foi à clínica médica.

As principais causas de internação foram às doenças cardiovasculares e causas externas. A maioria dos pacientes apresentam fatores de risco para determinadas doenças devido o hábito de fumar e fazer uso de bebida alcoólica. Grande parte dos pacientes possuem comorbidades sendo as mais citadas: doenças cardiovasculares e metabólicas. Uma parcela dessa população possui algum tipo de acompanhamento médico, sendo o serviço mais citado a UBS- ESF - Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família e tem as medicações de uso contínuo fornecida pela rede pública.

A principal demanda social nesse primeiro acolhimento foi às orientações gerais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Embora tenham ocorrido mudanças significativas após a Constituição Federal de 1988, o reconhecimento da Seguridade Social através da Saúde, Assistência Social e Previdência Social e da implantação do SUS- Sistema Único de Saúde, os investimentos em verbas destinadas à formulação de políticas públicas para a área da saúde e assistência social, estão distantes das expectativas e das necessidades da população.

Fatores estes que, juntamente com a fragmentação das intervenções do Estado em prol da saúde, do social e da atual lógica econômica, apontam para o desmonte das políticas nacionais de garantias sociais básicas, afetando a qualidade de vida da sociedade como um todo, devido aos cortes de programas sociais, privatização de saúde, diminuição dos benefícios da seguridade social, desqualificação da mão-de-obra, desemprego e a valorização do voluntariado e da terceirização, ou seja, da ajuda para os necessitados, atualmente denominada filantropia social e empresarial, vem atender àqueles que o Estado, através de suas ações, não acolheu, devido à violação ou omissão de seus direitos sociais previstos pela Constituição Federal.

Por meio da pesquisa, observamos que a região assistida por esse hospital necessita de mais equipamentos da Política Nacional de Assistência Social, através de Programas e Projetos Sociais para o acompanhamento das famílias /ou indivíduos que se encontram em situação de risco e/ou vulnerabilidade social, como: espaços de esporte, cultura, lazer, cursos profissionalizantes, entre outros.

Também verificamos a necessidade de uma Política de Saúde mais efetiva na região, através de construção de mais equipamentos de saúde, embora já se saiba que o hospital de Parelheiros está em construção, porém ainda sim insuficiente para atender a clientela do SUS- Sistema Único de Saúde dessa região.

Enfatizamos também a necessidade de novos equipamentos de saúde da rede primária com mais resolutiva e eficácia no âmbito da promoção, prevenção e recuperação de saúde da população em suas necessidades básicas e de baixa complexidade, assim evitando em desfecho de doenças cardiovascular que é a

principal causa de internação e óbito nessa região. Ressaltamos ainda a importância de investimentos para implantação de uma Unidade Cardiovascular, Neurocirurgia, Buco-maxilo facial, Ambulatório de Ortopedia e unidades de reabilitação, e o fornecimento de uma cesta básica de medicamentos para pacientes com doenças cardiovascular e respiratória.

Enfatizamos ainda a importância de uma Política Nacional de Trânsito mais efetiva nessa região através da CET- Companhia de Engenharia de Tráfego, devido ao alto índice de acidentes de trânsito e programas de prevenção à queda, que somando aos acidentes de trânsito são a segunda principal causa de internação no hospital e podem requerer maior complexidade de atendimento e causar perda parcial ou total da capacidade para as atividades diárias e alto custo previdenciário.

As políticas sociais previstas pelo Estado não têm um caráter abrangente que atenda ao contingente de pessoas que vivem na pobreza em nosso país, ou seja, elas não têm como objetivo, a emancipação de seus usuários, por terem um caráter emergencial, fragmentado, seletivo e focalizado para atender somente os mais pobres entre os pobres. Sendo assim, não oferecem nenhuma mudança na situação de pobreza em que se encontra grande parte da sociedade, por proporcionar, à população, um atendimento de suas necessidades mínimas e não das necessidades básicas, as quais proporcionem condições dignas de vida, como: a busca da plena saúde, habitação adequada, proteção à infância e à adolescência, status econômico, educação alimentação, acesso universal às políticas públicas, capacitação profissional, entre outros.

Pode-se afirmar, portanto, que o Estado Brasileiro não apresenta um projeto de política econômica e social voltada para a ampliação dos direitos sociais e políticos que são previstos pela Constituição Federal de 1988.

Considero que, o perfil da população apresentado neste trabalho revela o imenso desafio do Serviço Social neste extenso território de saúde, que dispensa a atuação profissional normalizadora de ajustar os usuários da saúde às rotinas, normas e procedimento estabelecidos durante o processo de internação nos Serviços Públicos de Saúde. Neste contexto, caberá ao assistente social uma atuação que perpassa a sua especificidade na Instituição

de Saúde, a de lidar com as expressões da questão social, com acesso aos serviços e garantia de direitos.

Ao assistente social caberá compreender o cenário da sua prática e por meio de práxis (ação-reflexão-ação), ocupar os espaços já instituídos nas instituições de saúde para o planejamento e organização da oferta dos serviços à população, disseminando ampliação do conceito da saúde para além da doença e a valorização do trabalho multidisciplinar no seu sentido mais profundo.

Abrir mão do trabalho solitário do domínio da “questão social” em saúde é um desafio para assistente social, requer a competência de co-gestão do trabalho em saúde, um fazer com, envolvendo os usuários da saúde, família e profissionais da saúde, na perspectiva da produção do cuidado integral.

Do contrario, reproduziremos o modelo de saúde fragmentado e reducionista, que nega ou ignora as muitas dimensões envolvidas no processo de produção da saúde-doença, para quais jamais haverá tratamento medicamento e/ou procedimento.

Os assistentes sociais através de suas ações se opõem a lógica econômica contemporânea, que tende a fragmentar as políticas sociais e reduzir os direitos sociais conquistados historicamente, se comprometendo com a qualidade e abrangência dos seus serviços, principalmente em relação ao usuário a quem este se destina (paciente/familiares), visando decifrar a realidade, criar alternativas que transcendam a individualidade, almejando uma transformação social. E seu dever é fomentar essa iniciativa nos demais profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS:

1. CFESS. Lei nº 8662, de 06 de junho de 1993. **Regulamentação da Profissão de Assistente Social.**
2. CFESS (Brasília) (Org.). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília: CFESS, 2010. 82 p.
3. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Subprefeitura Capela do Socorro. **Histórico:** Conheça um pouco de história da Capela do Socorro. 2014. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/capela_do_socorro/historico/index.php?p=916%3E. Acesso em: 22 nov. 2014.
4. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social/IPVS.** São Paulo, 2010. Disponível em: http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/ipvs/principais_resultados.pdf. Acesso em 20.nov.2014.
5. WIKIPÉDIA. **Lista dos distritos de São Paulo por Índice de Desenvolvimento Humano.** Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_dos_distritos_de_S%C3%A3o_Paulo_por_%C3%8Dndice_de_Developolvimento_Humano. Acesso em: 22 nov. 2014.
6. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Subprefeitura Parelheiros. **Histórico:** Parelheiros: uma cidade do interior dentro da metrópole. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/parelheiros/historico/index.php?p=411>. Acesso em: 21 nov. 2014.
7. INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO LIBANÊS (São Paulo). **Hospital Geral do Grajaú.** Disponível em: http://www.irssl.org.br/unidades_servicos/pagina.php?cod=12. Acesso em: 22 nov. 2014.
08. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** ed. 2011. p.103.
09. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõem sobre as condições de promoção e recuperação de saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

10. BRASIL. **HumanizaSUS** Política Nacional de Humanização: documento com base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
11. FURTADO, J P. Equipes de referência: Arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. Iv. 11, nº22, p239-55, mai/ago2007.
12. MARTINELLI, M L. O trabalho do assistentesocial em contextos hospitalares:desafios cotidianos.**Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.107, p. 479-505. jul./set. 2011.
13. SANTOS, C M . **Na prática a teoria é outra?Mitos e dilemas na relação entre a teoria, práticas, instrumentos e técnicas no Serviço Social**. Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2010.
14. SILVA L B; RAMOS A. **Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas**: Reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 342p. 2014.
15. LEVINE, D.M.; BERSON, M.L.; STEPHAN,D.- Estatística: Teoria e aplicações usando Microsoft Excel em português. Rio de Janeiro; LTC 200.
16. SIEGEL, S. E CASTELLAN JR, N. J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. Segunda edição- Artmed- Porto Alegre- 448p.2006.
17. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS 11/2004. Diário Oficial da União. Brasília. 2004.
18. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde/ Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 368 p.
19. SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE CAPELA DO SOCORRO 2010. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=732>.
20. FERNANDES, V. B. L ET al. **Internações sensíveis na atenção primária como indicador da Estratégia Saúde da Família**: ev Saúde Pública 2009; 43(6): 928-36.
21. INFOCIDADE Disponível: http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/8_populacao_total_por_grau_de_inst_ruc_ao_2007_573.html

22. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenação de Epidemiologia e Informação- CEInfo. **Análise do Quesito Raça/Cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS**". Boletim CEInfo Análise. Ano VI, nº 05, Maio/2011.

23. INFOCIDADE. Disponível em: http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/9_domicilios_segundo_numero_de_moradores_2010_459.html

24. MINISTÉRIO DAS CIDADES/VIA PÚBLICA. **Diagnóstico das condições habitacionais, da política habitacional e das ações institucionais da política habitacional realizada no Brasil**. Programa Habitar Brasil BID (Projeto BRA/00/019). Brasília, 2004.

25. SIMÕES, CARLOS. **Curso de Direito do Serviço Social**. Editora Cortez, 7º ed. São Paulo: Cortez, 2014.

26. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DE COMBATE A FOME; SECRETARIA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO. **Estudo Técnico Nº 11/2015** - Principais resultados da PNAD 2014 potencialmente relacionados às ações e programas do MDS.

27- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Resolução CNAS nº 33** de 12 de dezembro de 2012.

28. SIS SAÚDE: Disponível em: <http://www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=2&idnot=335>

29. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

30. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 372 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

31- TABNET- DATA SUS. **Cadernos de Informação de Saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>

32. SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=6164

33. BARBAN, V.(Org). **A luta pela melhoria da assistência a saúde no Grajaú: avanços e desafios para pautar o orçamento público**. São Paulo: Instituto Pólis, 2007.

34. MORENO, R.C. B; ASSIS, S. F. M. **A demanda de atendimento do Serviço Social em um Hospital Público**: O desafio da humanização na gestão da assistência direta ao paciente. Anais do III SINGEP e II S2IS . São Paulo-SP, 2014.

35. DUARTE M J O, et al. **Política de Saúde Hoje**: Interfaces de desafios no trabalho de assistentes sociais.. Campinas: Papel Social, 2014. 342p.

Bibliografias

Bibliografias.

1. BRAVO M I S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo:** Fundamentos sócio- históricos. São Paulo: Cortez, 2013. 191 p.
2. MOTA A E, et al. **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 408 p.

Apêndice

APÊNDICE:**A- PESQUISA:**

ESTUDO DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA ZONA SUL DA CIDADE DE SÃO PAULO.

ENFERMARIA:**1 IDENTIFICAÇÃO:**

- 1.1 Idade: _____ 1.2 Escolaridade: _____ 1.3 Documentos: RG () CPF () Habilitação () Título de eleitor () Certidão de Nascimento
 1.4 Cor da Pele: () Branca () Parda Negra () () Amarela 1.5 Procedência: _____
 1.6 Religião: _____
 1.7 Número de filhos: _____ 1.8 Estado conjugal: () Com companheiro () Sem companheiro
 1.9 Trabalha: () Sim () Não 1.10 Profissão: _____ Vínculo: () CLT () Informal () Autônomo () Aposentadoria

2 HABITAÇÃO:

- 2.1 Tipo de moradia: () Alvenaria () Madeira () Pau a Pique () Outros 2.2 Números de cômodos: _____
 2.3 Reside em moradia: () Própria () Aluguel () Cedida () Invasão
 2.4 Situação Habitacional: () Esgoto fechado () Luz () Água Potável () Coleta de Lixo X/sem

3 CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA (ABEP- CCE) :

Televisão: _____ Rádio: _____ Banheiro: _____ Automóvel: _____ Freezer: _____
 Empregada mensalista: _____
 Máquina de lavar: _____ Geladeira: _____ Vídeo cassete/DVD: _____ Classificação Econômica: _____

3.1 Grau de Instrução do chefe de família:

1. () Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto 2. () Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto
 3. () Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto 4. () Médio Completo/ Superior Incompleto
 5. () Superior Completo 6. Chefe da Família: _____

3.2 Esta cadastrada no CRAS? () Sim () Não Se sim, recebe algum benefício? Qual _____

3.3 Inclusão em Programas Sociais:

- Cultura/ Lazer / Esporte () Sim () Não Se sim, qual: _____
 Cursos profissionalizante () Sim () Não Se sim, qual: _____
 3.4 Recebe algum benefício do INSS? () Sim () Não Se sim, qual: _____

4 ACESSO À SAÚDE:

- 4.1 Motivos da procura: _____
 4.2 Quem socorreu: _____ 4.3 Meio de transporte: _____
 4.4 Diagnóstico: _____
 4.5 Alguma outra doença: _____

4.6 Faz uso de álcool: () Sim () Não 4.7 Faz uso de droga: () Sim () Não Quais? _____
4.8 Fuma: () Sim () Não Se sim quantos cigarros/dia: _____ 4.9 Tem cuidador: () Sim () Não
Quem: _____
4.10 Faz uso de medicação: () Sim () Não
Quais: _____
4.11 Realiza acompanhamento médico: () Sim () Não. 4.12 Se sim onde: AME() HOSPITAL() UBS() CAPS()
4.13 UBS de referência: _____ 4.14 Tem convênio: () Sim () Não
Qual: _____
OBS: _____

5 COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

6 DEMANDA SOCIAL:

B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Venho através de este documento convida-lo (a) para participar de um projeto de pesquisa em saúde que está em andamento no Hospital Geral do Grajaú. Trata-se de uma dissertação do curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro – UNISA, que será realizada pela pesquisadora Renata Braga, mestranda, como trabalho de conclusão de curso, sob orientação da Prof^a. Dra. Jane de Eston Armond. Descrevemos abaixo as características do projeto para o seu esclarecimento e solicitamos o seu consentimento livre para incluí-los na pesquisa. Não é preciso que você decida sobre isso neste momento, podendo refletir e consultar seus familiares ou outras pessoas para ajudá-lo (a), caso entenda que seja necessário.

Título do projeto: "ESTUDO DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA ZONA SUL DA CIDADE DE SÃO PAULO". **Desenho do estudo e objetivo(s):** Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que será realizado no Hospital Geral do Grajaú com indivíduos internados no setor de Observação do Pronto Socorro, cujo objetivo é conhecer o perfil do paciente, verificar as características pessoais, socioeconômica, habitacionais, composição familiar e acesso à saúde. **Descrição dos procedimentos:** Os participantes do estudo não serão submetidos a procedimentos ou intervenção adicionais a aquelas realizadas pela equipe médica-assistencial. Toda a informação utilizada na pesquisa será coletada por meio de entrevista pessoal. **Relação dos procedimentos:** Será realizada entrevista pessoal e individual com paciente. **Descrição de possíveis desconfortos e riscos:** A participação na pesquisa terá um risco mínimo para o participante. Não haverá qualquer risco a sua saúde. **Benefícios do estudo:** Não há um benefício direto para a participante. Trata-se de estudo que tem como objetivo conhecer a realidade social dos indivíduos e os determinantes sociais que podem influenciar na ocorrência de problemas de saúde e interferir no processo de tratamento e recuperação do paciente. Essas informações são relevantes para o conhecimento científico e podem ser passadas aos gestores e profissionais de saúde, visando propor estratégias de ações compatíveis com as necessidades e interesses dos pacientes. **Procedimentos alternativos:** O presente estudo não interfere com o tratamento padrão do paciente no hospital e não haverá desvantagens para eles, caso não participe do estudo. **Garantia de acesso:** Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora Renata Braga atua como assistente social na instituição que o paciente se encontra internado no endereço: (Hospital do Grajaú- HGG- localizado na Rua Francisco Octávio Pacca, Nº 180, bairro Parque das Nações- Unidas- SP, Telefone: 3544-94-49). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Santo Amaro (UNISA) - Contato da pesquisadora Renata Braga no endereço: (Hospital do Grajaú- HGG- localizado na Rua Francisco Octávio Pacca, Nº 180, bairro Parque das Nações- Unidas- SP, Telefone: 3544-94-49). Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Santo Amaro (UNISA) - Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, São Paulo-SP, Telefone: (011) 2141-8687.

Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, São Paulo-SP, Telefone: (011) 2141-8687. **Garantia de liberdade:** A participação na pesquisa não é obrigatória e é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento no hospital. **Direito de confidencialidade:** As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos outros participantes deste estudo, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. **Direito a informação:** Você terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados do estudo, que sejam do conhecimento dos pesquisadores. **Despesas e compensações:** Não há despesas pessoais para as participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. **Direitos a tratamento:** A pesquisa não influencia em nenhuma fase de tratamento do paciente e todos seus direitos serão assegurados. **Compromisso do pesquisador:** Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e as informações coletadas somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informada (o) a respeito das informações que li descrevendo o estudo. Ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, a garantia de confidencialidade e esclarecimentos permanente. Concordo voluntariamente em participar desse estudo, sendo que poderei tirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____/____/____

Paciente

Documento de Identificação

Declaro que obtivemos de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante deste estudo.

Assistente Social- Renata Braga

Data: ____/____/____

Dra. Jane de Eston Armond

Data: ____/____/____

Contato da pesquisadora Renata Braga no endereço: (Hospital do Grajaú- HGG- localizado na Rua Francisco Octávio Pacca, Nº 180, bairro Parque das Nações- Unidas- SP, Telefone: 3544-94-49). Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Santo Amaro (UNISA) - Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, São Paulo-SP, Telefone: (011) 2141-8687.

C- Termo de Compromisso e Confiabilidade

Eu, Renata Braga, brasileira, solteira, assistente social, inscrita sob o CPF N° 059.655.266.10, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter Sigilo e Confiabilidade sob todas as informações técnicas e/ou relacionadas ao projeto **“ESTUDO DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA ZONA SUL DA CIDADE DE SÃO PAULO”**, do qual sou responsável.

Por este termo, comprometo-me:

- a) A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
- b) A não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação oficial a que tiver acesso;
- c) A não apropriar-me pra mim ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso, que venha a ser disponível;
- d) A não passar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso as informações por intermédio, obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo de informações fornecidas.

A vigência da obrigação de confiabilidade, assumida por minha pessoa, sob este termo, terá validade indeterminada ou enquanto a informação não for tornado a conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita e concedida a minha pessoa, pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Compromisso e Confiabilidade, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Renata Braga
Assistente Social
Aluna do curso de Mestrado em Ciências da Saúde
Universidade de Santo Amaro- UNISA

D TABELA 25- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo os documentos pessoais no ano de 2015.

Documentos	N	%	Total
RG	388	97,00	
Título de Eleitor	388	97,00	
Certidão de Nascimento	388	97,00	400
CPF	385	96,00	
Habilitação	94	24,00	
Sem documentos	7	2,00	

E TABELA 26- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo a religião no ano de 2015.

Religião	N	%
Católica	215	53,75
Evangélico	120	30,00
Espírita	12	3,00
Sem informação	53	13,25
Total geral	400	100,00

F TABELA 27- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo que possuem convênio no ano de 2015.

Convênio	N	%
Não	390	97,50
Sim	10	2,50
Qual Convênio:		
Amil	1	0,25
BIO Vida	3	0,75
Bradesco	1	0,25
Intermédica	1	0,25
SECONCI	1	0,25
Servidor Público	2	0,50
Sul America	1	0,25
Total geral	400	100,00

G TABELA 28- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo local de origem no ano de 2015.

Região de Origem	N	%
Nordeste	175	43,75
São Paulo	154	38,50
Sudeste	44	11,00
Sul	17	4,25
Outros Países	5	1,25
Norte	3	0,75
Centro Oeste	2	0,50
Total geral	400	100,00

H TABELA 29- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo a situação de moradia no ano de 2015.

Reside em Moradia	N	%
Própria	290	72,50
Aluguel	88	22,00
Cedida	13	3,25
Morador de Rua	5	1,25
Invasão	4	1,00
Total geral	400	100,00

I TABELA 30- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo o saneamento básico do domicílio no ano de 2015.

Situação Habitacional	N	%	TOTAL
Coleta de Lixo	391	97,75	
Luz	391	97,75	
Água Potável	388	97,00	
Esgoto Fechado	375	93,75	400
Pessoa em situação de rua	5	1,25	

J TABELA 31- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo a composição familiar no ano de 2015.

Composição Familiar	N	%
Família Nuclear	208	52,00
Família Extensa	68	17,00
Família Unipessoais	59	14,75
Família Reconstituída	23	5,75
Família Monoparental Feminina	23	5,75
Família Anaparental	12	3,00
Família Sócio-afetivas	4	1,00
Família Monoparental Masculina	3	0,75
Total geral	400	100,00

K TABELA 32- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo a atividade desenvolvida no ano de 2015.

Atividade desenvolvida	N	%
Açougueiro	1	0,0025
Administrador	1	0,0025
Ajudante de texturização	1	0,0025
Alfaiate	1	0,0025
Armador	1	0,0025
Artesã	1	0,0025
Assistente de Expedição	1	0,0025
Atendente	4	0,01
Auxiliar Administrativo	1	0,0025
Auxiliar de almoxarifado	1	0,0025
Auxiliar de laboratório	1	0,0025
Auxiliar de serviços	1	0,0025
Auxiliar técnico	1	0,0025
Berçarista	2	0,005
Borracheiro	1	0,0025
Cabeleireira	2	0,005
Camareira	1	0,0025
Carregador	1	0,0025
Carteiro	1	0,0025
Churrasqueiro	1	0,0025
Consertos	1	0,0025
Construção Civil	29	0,0725
Controlador de acesso	1	0,0025
Costureira	1	0,0025
Decorador	1	0,0025
Depiladora	1	0,0025
Divulgação	1	0,0025
Eletricista	1	0,0025
Entregador	2	0,005
Estagiário de Direito	1	0,0025
Estoquista	1	0,0025
Eventos	2	0,005
Feirante	1	0,0025
Ferramenteiro	1	0,0025
Funileiro	2	0,005
Gerente	1	0,0025
Gestor de Segurança Privado e Professor	1	0,0025
Manicure	1	0,0025
Manutenção	1	0,0025

Marceneiro	1	0,0025
Mecânico	4	0,01
Metalúrgico	3	0,0075
Micro empresário	5	0,0125
Montador	3	0,0075
Motoboy	2	0,005
Motorista	7	0,0175
Não trabalha	208	0,52
Operadora de caixa	1	0,0025
Pizzaiolo	1	0,0025
Porteiro	2	0,005
Professor	1	0,0025
Profissional de Vendas	16	0,04
Rapel Industrial	1	0,0025
Recepcionista	1	0,0025
Reciclagem	3	0,0075
Restaurador	1	0,0025
Segurança	2	0,005
Serralheiro	1	0,0025
Serviços Domésticos	39	0,0975
Serviços Gerais	10	0,025
Técnico de aparelho a gás	1	0,0025
Técnico de ar condicionado	1	0,0025
Técnico em Prótese Dentária	1	0,0025
Telefonista	1	0,0025
Tosador	1	0,0025
Trabalhador da saúde	1	0,0025
Vigilante	5	0,0125
Web Designer	1	0,0025
Zelador	1	0,0025
Total geral	400	100

L TABELA 33- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo ao meio de transporte do socorro no ano de 2015.

Meio de Transporte	N	%
Carro Particular	208	52,00
Transferência de outros serviços de saúde	78	19,50
Transporte Público	51	12,75
SAMU	49	12,25
Bombeiro	6	1,50
Caminhando	6	1,50
Polícia Municipal	1	0,25
Taxi	1	0,25
Total geral	400	100,00

M TABELA 34- Pacientes internados na observação do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola da região Sul de São Paulo segundo quem prestou socorro no ano de 2015.

Quem Socorreu	N	%
Familiares	276	69,00
Próprio paciente	61	15,25
Amigos	54	13,50
Terceiros	8	2,00
Bombeiro	1	0,25
Total geral	400	100,00