

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA

MARIA DO SOCORRO FERRAZ MACHADO

APRIMORAMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE ENTREVISTA
DO SERVIÇO SOCIAL

Rio de Janeiro

2017

APRIMORAMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE ENTREVISTA
DO SERVIÇO SOCIAL

MARIA DO SOCORRO FERRAZ MACHADO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, para obtenção do grau de mestre, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelino José Jorge e da Prof.^a Dra. Suze Rosa Sant'Anna

Rio de Janeiro

2017

MARIA DO SOCORRO FERRAZ MACHADO

APRIMORAMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE ENTREVISTA
DO SERVIÇO SOCIAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do Instituto de Nacional de Infectologia Evandro Chagas, para obtenção do grau de mestre em Pesquisa Clínica.

Orientadores: Prof. Dr. Marcelino José Jorge

Prof.^a Dra. Suze Rosa Sant'Anna

Aprovada em ___ / ___ / ____

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Élide Azevedo Hennington (Presidente)
Doutora em Saúde Coletiva
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Dr.^a Patrícia Dias de Brito (Membro)
Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz

Dr.^a Dolores da Costa Vidal (Membro)
Doutora em Política Social
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira/Fiocruz

Dr.^a Roseli da Fonseca Rocha (Suplente)
Doutora em Serviço Social
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira/Fiocruz

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me acompanharam e apoiaram nessa empreitada do mestrado.

A minha mãe, Maria Antônia Machado de Castro, uma mulher excepcional, corajosa, empreendedora, esteio da minha família, que sempre me apoiou em todos os projetos.

Em memória, ao meu pai, José Ferraz de Castro, um homem carinhoso e íntegro, que nos faz muita falta.

A minha filha querida, Elvina Maria Ferraz S. Martins, que me incentivou e soube compreender os momentos que deixei de ficar com ela para me dedicar aos estudos.

Ao meu amor, André de Figueiredo Barbosa, companheiro de todas as horas, que me faz feliz e que meu deu o apoio fundamental para o êxito desse trabalho.

Aos meus queridos orientadores, Dr. Marcelino José Jorge e Dra. Suze Rosa Sant'Anna, fundamentais nesse percurso.

A amiga, professora, Lúcia Cristina dos Santos Rosa, referência profissional e teórica na profissão de Serviço Social, sou imensamente grata por todo apoio e afeto.

A equipe do Serviço Social do INI nas pessoas de Ana Cristina, Ionara, Mary Ellen, Patrícia, Jaqueline e das estagiárias, Letícia e Juliana, pelo apoio integral ao projeto.

As amigas queridas Élide Hennington, Corina Mendes, Amparo Sousa, Ronalda Teixeira, Martha Vieira, Érica Mendonça, Marlete Pereira, que sempre me incentivaram a fazer o mestrado.

Aos usuários do INI que contribuíram na realização deste projeto.

A minha querida Tia Penha, que com seu carinho me deu força para seguir em frente.

Aos Coordenadores do Mestrado Profissional do INI, Dr.^a Cláudia Valete, Dr.^a Marília Santini e Dr. Armando Schubach, que conduziram muito bem nossa formação.

Ao Dr. Mauro Brandão, Vice-diretor de Ensino do INI, que me acolheu e me apoiou durante a realização deste trabalho.

As amigas do Serviço de Psicologia do INI: Ludmila, Teresa Cristina, Rocicley, Eunes e Juliane que me motivaram a fazer o mestrado.

Ao meu querido Jorge, o melhor jardineiro do mundo, que escalou árvores para plantar orquídeas para alegrar mais ainda os meus dias no trabalho na Vice Direção de Ensino do INI.

Aos amigos de turma do mestrado sempre solícitos e companheiros na luta.

A equipe do Laboratório de Pesquisa em Economia das Organizações de Saúde do INI, Daniela, Alexandre e Patrícia, que torceram por mim nesse processo.

A Associação Lutando para Viver do INI que sempre apoiou meu trabalho.

A Equipe de Enfermagem do INI sempre ativa nos cuidados aos usuários e afáveis no trato com os colegas de trabalho.

Aos Serviços e Laboratórios do INI que disponibilizaram e atenderam prontamente meu pedido de material para realização da pesquisa.

Em memória, a Adriana Muniz, uma mulher que não temia desafios, uma pessoa alegre e que iluminou a todos que a conheceram.

Há muito mais a agradecer... A todos aqueles que, embora não nomeados, me brindaram com seus inestimáveis apoios, o meu reconhecido e carinhoso muito obrigado!

A maior riqueza do homem é a sua incompletude.

Nesse ponto sou abastado.

Palavras que me aceitam como sou eu não aceito.

Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas, que olha o relógio, que compra pão às 6 horas da tarde, que vai lá fora, que aponta lápis, que vê uva etc. etc.

Perdoai.

Mas eu preciso ser Outros.

Eu penso renovar o homem usando borboletas.

(Manoel de Barros)

Machado, Maria do Socorro Ferraz. **Aprimoramento e validação de instrumento de entrevista do serviço social**. Rio de Janeiro, 2017. 137f. Dissertação [Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica] – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas.

RESUMO

As entrevistas realizadas pela equipe do Serviço Social do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz permitem identificar elementos da realidade social e acolher demandas e necessidades dos usuários e familiares para os encaminhamentos necessários. Os conteúdos dessas entrevistas são guiados por um instrumento denominado de ficha social. Atualmente, o Serviço Social aplica duas fichas sociais distintas nos setores de Ambulatório e de Internação que compõem o prontuário do usuário, e ficam à disposição da equipe de saúde para subsidiar a tomada de decisão nas condutas, nas discussões de casos clínicos e na interlocução dos assistentes sociais com os demais profissionais. O objetivo deste trabalho foi aprimorar os instrumentos existentes a partir da validação de uma proposta de ficha social unificada a ser utilizada pela equipe do INI. Os objetivos específicos foram: elaborar uma matriz de ficha social e o instrutivo para o seu preenchimento; e validar o conteúdo desse instrumento. O primeiro objetivo específico foi cumprido em duas etapas: unificação e ampliação do conteúdo das fichas aplicadas no Ambulatório e na Internação, com emprego dos procedimentos de pesquisa documental, nos formulários, fichas e cadastros no atendimento aos usuários nos serviços e laboratórios do INI; e bibliográfica, de forma não sistemática na literatura do Serviço Social; e elaboração do instrutivo de preenchimento. O segundo objetivo foi cumprido com a validação de conteúdo de forma individual, com a aplicação de um teste-piloto da matriz no Ambulatório e na Internação, e de discussão de grupo, e da técnica de grupo focal. A validação da ficha social sinalizou para a importância de seu aprimoramento constante visando ao fortalecimento das dimensões teórico-metodológico e ético-políticas do Serviço Social no INI.

Palavras chave: Serviço Social, projeto ético-político do Serviço Social, instrumentalidade, ficha social, saúde.

Machado, Maria do Socorro Ferraz. **Improvement and validity of a Social Service interview instrument.** Rio de Janeiro, 2017.137f. Dissertation [Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica] – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas.

ABSTRACT

The interviews carried out by the Social Service team of the National Institute of Infectology Evandro Chagas/INI-Fiocruz allow to identify elements of the social reality and to meet the demands and needs of users and families for necessary referrals. The contents of these interviews are guided by an instrument called social record. Currently, the Social Service applies two different social records in the Ambulatory and Internment sectors that compose the medical record, and that are available to the health team to subsidize the decision making in the conducts, in the discussions of clinical cases and in the dialogue of the social service team with other professionals. The objective of this work was to improve the existing instruments based on the validation of a proposal for a unified social record to be used by the INI team. The specific objectives were: to elaborate a matrix of social fact sheet and the instructive one for its fulfillment; and validate the content of that instrument. The first specific objective was accomplished in two stages: unification and expansion of the contents of the records applied in the Ambulatory and Internment sectors, using the documental research procedures, in the forms, records and registers in the attendance to the users in the INI services and laboratories; and bibliographical, non-systematically in the Social Service literature; and elaboration of the instructive of completion. The second objective was accomplished with the validation of content individually, with the application of a pilot test of the matrix in the Outpatient and Inpatient, and group discussion, and the focus group technique. The validation of the social record indicates the importance of its constant improvement aiming at strengthening the theoretical-methodological and ethical-political dimensions of Social Service in INI.

Keywords: social service, ethical-political project of social service, instrumentality, social record, health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama dos objetivos e etapas desenvolvidas para aprimoramento da FS

Figura 2 – Classificação da população ocupada, de acordo com a posição na ocupação e a categoria de emprego (IBGE, 2016)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação dos itens da FS-Matriz 0 após validação do conteúdo de forma individual realizada pelos membros do comitê de juízes

Tabela 2 – Comparativo do número de itens obtidos nas etapas de unificação, de ampliação e de aprimoramento da ficha social do Ambulatório e da Internação do INI/Fiocruz

Tabela 3 – Blocos e total de itens constituintes da Matriz Ampliada da proposta de Ficha Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 O Serviço Social no Brasil: da emergência ao Projeto Ético Político	20
3.2 O Serviço Social na área da Saúde	26
3.3 Instrumentalidade do Serviço Social	30
4 OBJETIVOS	36
4.1 Objetivo geral:.....	36
4.2 Objetivos específicos:.....	36
5 METODOLOGIA.....	37
5.1 Desenho do Estudo	37
5.2 Etapas do estudo (Fig. 1)	37
5.2.1 Elaboração da FS-Matriz 0 e do instrutivo para o seu preenchimento	38
5.2.2 Validação do conteúdo da FS-Matriz 0	39
5.3 Aspectos éticos	43
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6.1 Unificação e ampliação do conteúdo das Fichas Sociais aplicadas pelo Serviço Social no Ambulatório e na Internação, com a produção da FS-Matriz 0.....	44
6.1.1 Unificação das Fichas Sociais aplicadas pelo Serviço Social no Ambulatório e na Internação	44
6.1.2 Ampliação do conteúdo: resultado do levantamento documental.....	44
6.1.3 Ampliação do conteúdo: resultado do levantamento bibliográfico	46
6.2 Elaboração do Instrutivo para preenchimento da FS-Matriz 0	48

6.3 Validação do conteúdo da Ficha Social elaborada.....	55
6.3.1 Validação do conteúdo de forma individual.....	55
6.3.2 Validação de conteúdo de forma coletiva	57
6.4 Ficha Social Aprimorada.....	62
7 CONCLUSÃO.....	63
8 REFERÊNCIAS	64
ANEXOS.....	70
ANEXO A – FICHA SOCIAL DO AMBULATÓRIO.....	71
ANEXO B – FICHA SOCIAL DO SERVIÇO SOCIAL NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO – SERVIÇO DE INTERNAÇÃO.....	73
APÊNDICES.....	75
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAL/ESTAGIÁRIO DE SERVIÇO SOCIAL (GRUPO FOCAL)	76
APÊNDICE B – FICHA SOCIAL MATRIZ 0 / AVALIAÇÃO.....	81
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – USUÁRIOS ATENDIDOS NOS SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO E DE INTERNAÇÃO DO INI.....	99
APÊNDICE D – INSTRUTIVO PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA SOCIAL -MATRIZ 0.....	102
APÊNDICE E – FICHA SOCIAL APRIMORADA.....	122

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, somente a partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição, conhecida também como “Constituição Cidadã”, a saúde passa a ser considerada como um direito universal e dever do Estado.

No processo de redemocratização da sociedade, do movimento pela reforma sanitária e da mobilização popular é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), orientado para a saúde pública e universal, independente da capacidade contributiva das pessoas. O conceito de saúde é ampliado, e passa a ser definida como uma construção histórica de cada sociedade e incorpora as condições gerais de vida e reprodução social. Assim, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros: 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. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (ROSA, 2011).

A Fundação Oswaldo Cruz é parte integrante do SUS e tem como compromisso produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do SUS, e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais (FIOCRUZ, 2015).

Dentre as várias unidades que compõem a Fiocruz, encontra-se o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), unidade técnico-científica que tem como missão contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira, através de pesquisa clínica, desenvolvimento tecnológico, ensino e assistência de referência na área de doenças infecciosas (INI, 2015).

O Serviço Social (SS) faz parte da equipe multidisciplinar do INI e desenvolve ações na atenção clínica (Ambulatório e Internação), no Ensino (supervisão de estágio e docência em programas de pós-graduação) e na pesquisa (participação em protocolos clínicos avaliando as questões sociais e direitos dos usuários).

Atualmente, a equipe é formada por 02 Assistentes Sociais do quadro de servidor, 01 Assistente Social contratada, 01 Assistente Social bolsista, 02 estagiárias de SS e 01 Auxiliar Administrativa do Projeto Vale Social. O SS utiliza o instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas expressões da “Questão Social”, isto é, no conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho. A questão não diz respeito tão somente às desigualdades entre pobres e ricos mas que de fato são resultantes da concentração de renda, de propriedade e do poder (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2008a) e por outro lado, se expressam na violência, na pauperização e nas formas de discriminação ou exclusão sociais (IAMAMOTO, 2003).

O SS atua nas mais diversas áreas, como saúde, previdência, educação, habitação, lazer, assistência social, justiça etc. Tem como competência planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2008a).

Devido ao seu forte caráter interventivo, o SS desenvolveu durante muito tempo atividades meramente executivas junto à população que atendia. O processo de concepção/planejamento era realizado por outras categorias profissionais e agentes governamentais (IAMAMOTO, 2003). Com as mudanças ocorridas na sociedade e no seio da categoria, um novo aparato jurídico se fez necessário, de forma a expressar os avanços da profissão. Hoje, a profissão de SS encontra-se regulamentada pela Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993, que define as suas competências e atribuições privativas (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2008b). O SS conta também com o Código de Ética profissional, instituído pela Resolução nº 273/93, de 13 de maio de 1993, do Conselho Federal de Serviço Social, e com um projeto ético-político (PEP).

O PEP do SS delineia um perfil crítico, comprometido ética e politicamente e com competência teórica e técnica capaz de, através de um processo contínuo de aprimoramento profissional, decifrar a realidade e propor ações na direção da construção de uma sociedade sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2008 b).

São as atribuições, as competências e os objetivos do SS que irão definir como o profissional irá utilizar os instrumentos técnico-operativos (SOUZA, 2008).

As assistentes sociais do SS do INI fazem uso desses instrumentos técnico-operativos para atender os usuários e pessoas de seu vínculo familiar e/ou de sua rede de apoio. Durante o atendimento aos usuários, no Ambulatório ou na Internação, as informações são colhidas por meio das observações e das entrevistas que subsidiam as avaliações e os encaminhamentos, bem como podem auxiliar os demais profissionais em suas decisões.

A entrevista é um momento de troca, de confiança profissional e institucional. Momento privilegiado de acolhimento e criação do vínculo, fundamental para o suporte e adesão ao tratamento. As informações obtidas irão contribuir também para avaliação e encaminhamentos sociais.

As entrevistas são pautadas por um roteiro que denominamos de Ficha Social (FS). Essa ficha foi elaborada pelo SS do INI e passou por adequações de conteúdo ao longo do tempo, para atender às necessidades do serviço e às mudanças na legislação referentes aos direitos da Seguridade Social.

No Ambulatório, a FS é preenchida com os usuários que iniciam o tratamento na unidade após abertura do prontuário (ANEXO A). Os usuários recebem material educativo quanto aos direitos sociais, direitos que se relacionam às doenças de que são portadores e sobre o funcionamento da instituição. Os atendimentos subsequentes são registrados em um documento denominado de “Evolução Social”. A ficha contém itens organizados em uma ordem sequencial numérica. Ou seja, esses itens não seguem uma ordenação lógico-temática. Por exemplo, os primeiros itens são referentes à identificação do usuário, seguidos pelas perguntas de número 1.11 sobre o diagnóstico e 1.12 e 1.13 relativas à situação sociodemográfica. O tema sobre o sigilo (do diagnóstico) é então retomado na pergunta 1.21; e sobre sociodemografia nas perguntas de 1.22 a 1.25 (ANEXO A).

A FS aplicada na Internação (ANEXO B) é preenchida na primeira entrevista realizada com o usuário. Os atendimentos subsequentes são registrados na “Evolução Social”. Essa FS contém itens que são organizados sob as seguintes classificações:

Dados pessoais, Dados pessoais/familiares, Situação socioeconômica, Outros e Aspectos socioculturais.

Todos os atendimentos realizados pelo SS são armazenados no Sistema de Informação do IPEC (SIPEC). O SIPEC é constituído por diferentes módulos, entre os quais o Centro de Clínicas (CECLIN) e o Serviço de Internação (SINT), que contemplam, respectivamente, os atendimentos ambulatoriais e os de internação. Deste modo, as informações colhidas pelo SS são armazenadas no CECLIN ou no SINT, de acordo com o local de atendimento.

Nesse sentido, a proposta deste trabalho foi unificar e redefinir o conjunto de informações que devem compor a FS utilizada pelo SS do INI, a partir de fundamentação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

2 JUSTIFICATIVA

As entrevistas realizadas pela equipe do SS permitem levantar os elementos para o deciframento da realidade social e das necessidades dos usuários. Os produtos desses levantamentos realizados pelo SS se materializam nas fichas sociais, que contêm um conjunto de dados (pessoais, de saúde, sociais, demográficos, entre outros) que ficam à disposição da equipe multidisciplinar, bem como subsidiam as discussões dos casos clínicos e a interlocução dos assistentes sociais com os demais profissionais da equipe. De fato, os produtos do trabalho do SS podem ser mais potencializados numa perspectiva interdisciplinar da atenção à saúde.

Existem duas fichas sociais no SS do INI, uma ficha no serviço de Ambulatório e outra ficha no serviço de Internação mas que unificadas e reexaminadas em seus itens na perspectiva do PEP do SS e dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, poderiam resultar em elementos mais densos e ampliados da análise social, bem como subsidiar processos de cuidado dos usuários, potencializando maior integralidade e efetividade na atenção, a partir da abordagem multiprofissional pela equipe de saúde e do prosseguimento do cuidado por outros equipamentos do SUS, próximos da residência do usuário-paciente. Nessa perspectiva, haveria ganhos significativos com a inclusão ou exclusão de campos/itens, os quais são relevantes para a identificação dos usuários, de suas necessidades, para a caracterização do seu perfil (sócio demográfico, familiar, ocupacional, comunitário, cultural), e para a pesquisa clínica associada à assistência em doenças infecciosas e para os cuidados no território de vida do usuário do serviço.

Com a proposta de aprimoramento da FS, respeitadas as peculiaridades de cada um dos serviços (Ambulatório e Internação), espera-se atender à antiga demanda do SS de unificar as fichas sociais e ampliar a consulta e análise de dados e indicadores sociais gerados pelo SS por parte dos profissionais e estudantes que atuam no INI, bem como fornecer novos elementos para o debate e a pesquisa à luz dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado e do PEP do SS.

A importância em se investir nesse tipo de pesquisa está na perspectiva de ampliar o escopo das informações produzidas pelo SS através da FS de modo a captar uma visão mais integral e holística dos usuários do SUS, com visibilidade em relação aos processos sociais relacionados aos usuários atendidos no Instituto, condicionantes e determinantes do processo saúde-doença-cuidado, que historicamente foram tratados como extra clínicos, mas que, a partir da Constituição Federal de 1988, ganharam maior relevância na abordagem do usuário com a mudança do conceito de saúde, além de melhorar a produção e o gerenciamento das informações e potencializar as ações de saúde pela equipe multiprofissional do INI.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Serviço Social no Brasil: da emergência ao Projeto Ético Político

O SS emergiu no Brasil em 1936 no contexto de intensificação da industrialização e urbanização do país, primeiramente em São Paulo e em seguida no Rio de Janeiro, como parte do projeto dos segmentos dominantes da sociedade, no cerne das respostas à intensificação das manifestações da questão social postas pelo operariado urbano. Configurou-se ainda como parte do projeto de modernização da Igreja católica que atuava na ação social. Inicialmente sofreu forte influência do SS franco-belga e, em seguida, do SS norte americano (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

O SS é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a Questão Social. A questão social em suas variadas expressões se constitui como objeto de trabalho e justificativa da constituição e da identidade da profissão.

O termo “questão social” surgiu no início do século XIX e está ligado ao fenômeno do pauperismo a partir da intensificação das relações de assalariamento, evidenciado pela primeira onda de industrialização na Europa (MATOS, 2013). Para lamamoto (2003), não existem várias questões sociais e sim diferentes expressões da questão social. As expressões (ou sequelas) da questão social se corporificam nas diferentes formas de manifestação das desigualdades sociais, por exemplo, na falta de moradia e de alimentação, na área educacional de saúde, na precarização das condições de trabalho e até mesmo na falta dele.

Segundo lamamoto e Carvalho (2014, p.83)

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, além da caridade e repressão. O Estado passa a intervir diretamente entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e

prestação de serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social.

No período que compreende o Estado Novo (1937-1945), ditatorial e de caráter populista, o País fez grandes avanços econômicos em direção à modernização industrial e de infraestrutura. Os trabalhadores foram beneficiados com leis trabalhistas que lhes garantiram diversos direitos. Após a criação das primeiras escolas de SS, no ano de 1936, em São Paulo, e em 1937, no Rio de Janeiro, o governo criou, aos poucos, instituições que assumiram a assistência social e legitimaram a existência da profissão no Brasil. Nesse período, o SS passa da caridade tradicional, caracterizada por tímidas iniciativas das classes dominantes nas suas manifestações filantrópicas, para a centralização e racionalização da atividade assistencial e prestação de serviços sociais pelo Estado que vai atuar nas sequelas da exploração do trabalho expressas nas condições de vida do conjunto dos trabalhadores (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

A partir dos anos 1940, o SS brasileiro começou a ser tecnificado ao entrar em contato com o SS norte americano, de caráter conservador calcado na teoria social positivista. A matriz positivista possui uma apreensão manipuladora, instrumental e imediata do ser social. Aborda as relações dos indivíduos no âmbito de suas relações imediatas, com base em detalhes e dados quantitativos, segundo os limites do verificável, da experimentação e da fragmentação. Iamamoto (1995) denominou de “arranjo teórico doutrinário” a junção do discurso humanista cristão com a teoria social positivista.

Até as décadas de 1940 e 50, a ação profissional estava voltada para o disciplinamento da família operária. Os casos eram individualizados, havendo culpabilização do próprio sujeito pelas suas condições de vida, em detrimento do reconhecimento da situação social comum dos segmentos sociais assalariados e explorados (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

A questão social era compreendida como problema moral, religioso e individual, e a ação profissional incidia sobre valores e comportamentos das pessoas assistidas visando integrá-las à sociedade (YASBECK, 2009). Neste contexto, as bases econômicas e políticas da sociedade não eram questionadas pelos assistentes

sociais, cuja formação profissional era voltada para adaptar as pessoas ao seu contexto social.

Em meados dos anos 1950 e com aprofundamento na década de 1960, ocorreu uma crise estrutural na América Latina. No Brasil, a crise político-econômica apresentou uma conjuntura de baixo ciclo industrial e de dificuldades agrárias e ascensão dos movimentos de massa. Foram movimentos que questionaram a ordem burguesa e seu estilo de vida. Nesse ambiente de mudanças, em meados de 1960, o SS, marcado pelo estrutural-funcionalismo, foi contestado quanto ao seu conservadorismo e tradicionalismo, o que deu origem ao chamado Movimento de Reconceituação, que quebrou o monopólio de uma única base de fundamentação para a leitura da realidade social latino-americana e brasileira.

Esse movimento permitiu canalizar as insatisfações acumuladas pelos profissionais que se conscientizavam, progressivamente, de suas limitações teórico-metodológicas e político-ideológicas em sua ação profissional. Para intervir, o profissional partia da análise dos problemas e situações feitas de forma isolada, ou seja, sem considerar as relações sociais; as soluções eram individualizantes e a prática era assistencialista. O Movimento de Reconceituação propiciou o início de mudanças dessa perspectiva ao posicionar os profissionais de forma mais crítica, a partir da realidade da formação social brasileira. Ele surgiu da necessidade de superação dos modelos tradicionais, pautados no modelo e matriz franco-belga e americana, e de construção de um SS comprometido com a realidade de uma economia dependente e estruturada com as marcas do subdesenvolvimento (SILVA, 1995). O processo de Reconceituação buscou um desatrelamento do caráter doutrinário e a apropriação de outras leituras de realidade, cujos fundamentos teóricos explicassem as desigualdades estruturais da sociedade e, conseqüentemente baseando-se em métodos e técnicas a partir das necessidades de vida e saúde dos setores populares (SILVA, 1995).

Entretanto, o Movimento de Reconceituação do SS latino-americano, então emergente, convivia com outras tendências no interior da profissão, caracterizadas por Netto (2005) a partir de três direções principais:

- a. A perspectiva modernizadora: foi a expressão da renovação profissional conformada à autocracia burguesa. Defendia o desenvolvimento social e o combate da marginalidade e da pobreza a partir da integração da sociedade. Os meios para alcançar estes objetivos eram buscados na modernização tecnológica e em processos de relacionamentos interpessoais. A eficiência e eficácia deveriam nortear a intervenção profissional e a produção de conhecimento;
- b. A reatualização do conservadorismo: influenciada pela fenomenologia, priorizava as concepções de pessoa e comunidade, diálogo e transformação social dos sujeitos. Essa direção recupera a herança histórica e conservadora que marcou o início da profissão;
- c. A perspectiva de ruptura com o SS tradicional: fazia crítica ao SS tradicional e aos seus aportes teóricos-metodológicos e ideológicos e introduziu a teoria social de Marx na direção da profissão. Inicialmente a adesão à vertente marxista ocorreu a partir da leitura de autores marxistas, sem o privilegiamento da leitura a partir das fontes marxianas. A apropriação inicial do marxismo teve a influência do cientificismo e do formalismo metodológico (estruturalista), presente no “marxismo althusseriano” - Louis Althusser - filósofo francês cuja interpretação da obra de Marx influenciou o SS nos anos 1960/70 (YASBECK, 2009). Nesse horizonte, as ações profissionais no interior do SS eram vistas como reprodutoras das ações das classes dominantes da sociedade, pois as instituições eram compreendidas como aparelhos ideológicos das classes dominantes, havendo necessidade do compromisso dos assistentes sociais com os movimentos sociais. Conseqüentemente, havia o fomento ao trabalho profissional fora das instituições empregadoras, junto aos movimentos progressistas da sociedade civil.

No Brasil, com a ditadura militar implantada em 1964, a vertente modernizadora dominou a prática profissional até meados da década de 1970. Nesse sentido, a busca de status profissional e a atuação dos assistentes sociais no planejamento e na

perspectiva de modernização dos instrumentais técnico-operativos, denominada tecnicismo, ganharam projeção.

Uma outra realidade se desenhou com o processo de redemocratização do país que levou um grupo significativo de assistentes sociais a se engajar nesse processo e na afirmação de outra direção para a categoria profissional. Em 1979, em São Paulo, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, conhecido como o “Congresso da virada”, marcou a emergência da vertente da “intenção de ruptura” na profissão. Os profissionais mais vanguardistas se juntaram ao movimento dos trabalhadores, e desfizeram a mesa oficial, dando origem a outro movimento no interior da profissão, a partir do pluralismo político. O pluralismo teve reflexo na organização profissional inserido no movimento de apoio aos trabalhadores, haja visto o reconhecimento do assistente social como um trabalhador assalariado, e como tal, participe dos processos de contradição, podendo servir a outro projeto de sociedade (NETTO, 2009).

A vertente marxista ampliou espaço no SS brasileiro e a partir disso começou-se a questionar a prática institucional, seus objetivos, ao mesmo tempo em que a categoria profissional aproximou-se dos movimentos sociais, e aprofundou a tendência da profissão à ruptura do SS tradicional. A partir da década de 1970, com o reconhecimento do SS como área de conhecimento e a criação do mestrado e doutorado em SS, houve incremento em suas produções teóricas, através de artigos, teses, dissertações, encontros, debates, congressos, que propiciaram o desenvolvimento constante de pesquisas nas mais variadas questões da sociedade, dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais (NETTO, 2009).

Nos anos 1980, a teoria social de Marx foi inserida na formação profissional e a categoria apropriou-se de vários pensadores que contribuíram com a pluralidade de conhecimento na profissão, como Gramsci, Lukács, Eric Hobsbawn, E.P. Thompson e Agnes Heller, e que influenciaram as produções teóricas e as reflexões dos profissionais da tradição marxista (YASBEK, 2009).

Uma nova Lei de Regulamentação da profissão foi aprovada em 1993, sedimentando o projeto ético-político neste tripé: Código de Ética do Assistente Social de 1986; Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei nº 8.662, de

7 de junho de 1993) e Diretrizes Curriculares de 1996 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL, 1996; CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2011).

A análise da realidade brasileira e da profissão de SS a partir da dimensão teórico-metodológica predominou na década de 1980, fomentando o debate sobre a formação profissional. Nesse período, ocorreu a reforma curricular de 1982, que teve a Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS) como grande estimuladora das discussões. O debate sobre o ensino ensejou a formação de um profissional com um perfil capaz de responder, com eficácia e competência, às demandas tradicionais e emergentes na sociedade brasileira (NETTO, 2009). As discussões da ABESS, que foi transformada em Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa no Serviço Social (ABEPSS), nos anos 1990, culminaram com as diretrizes curriculares do SS, aprovadas em 1996.

Em 1986, foi criado um novo Código de Ética. Os códigos anteriores foram os de 1947, 1965 e de 1975. A discussão da ética na profissão não era questão recorrente, mas ganhou destaque após a revisão do Código de Ética de 1986, que foi concluída em 1993. A revisão do código de 1986 constatou limites e unilateralidades que foram superadas com o novo Código de Ética Profissional de 1993, em vigor até os dias atuais e fundamental para a constituição do projeto ético-político do SS no Brasil (NETTO, 2009).

O código de ética tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central. Vincula-se a um “projeto societário que defende a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero” (NETTO, 2009). Afirma-se na defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, destacando a diversidade que constitui tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 2009).

A Lei de Regulamentação da profissão de Assistente Social (Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993), em seu art. 4º, reconhece como competências dos assistentes sociais entre outros itens:

V – Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI – planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; VII – planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; XI – realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais” (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2008 a, p.24).

A partir desse processo que constitui o projeto ético-político do SS, são requeridas novas bases para a intervenção e o exercício profissional do assistente social, calcadas em outros valores e compromissos.

Os anos 1980 e 1990 foram marcados pela construção de um projeto profissional que se deu como processo de ruptura ao conservadorismo. Todo processo de afirmação e consolidação do projeto ético-político do SS avançou a partir da consolidação do processo democrático brasileiro, com Constituição Federal de 1988, afirmando a Seguridade Social, a partir do tripé: Saúde (como política universal); assistência social, como política pública para quem dela necessite e previdência social, fundamentada no seguro social.

A seguir, serão discorridas as especificidades da política de saúde, base da qual se desenvolve a pesquisa.

3.2 O Serviço Social na área da Saúde

A intervenção do Estado na área da saúde se dá de forma efetiva a partir dos anos 1930. As questões sociais e as de saúde postas na década anterior suscitaram o surgimento de políticas sociais nacionais para responder essas demandas de forma mais orgânica e sistemática (BRAVO, 2009). O período de 1930 a 1945 correspondeu ao surgimento da profissão de SS no Brasil, que era então influenciada pela escola europeia. A área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais (BRAVO; MATOS, 2009).

A partir de 1945, devido às exigências e necessidades de aprofundamento do sistema capitalista no país e às mudanças que ocorreram no panorama internacional,

em função do término da 2ª Guerra Mundial, o SS se expandiu, desta vez com influência da matriz metodológica norte-americana. A área de Saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional, e isso deu-se devido a alguns fatores. Entre eles, o conceito de saúde elaborado em 1948 que focou os aspectos biopsicossociais e que foi determinante para a requisição de outros profissionais para atuar no setor. Na divisão do trabalho, o assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. Outro fator importante foi a consolidação da Política Nacional de Saúde no país, com ampliação dos gastos com a assistência médica pela previdência social (BRAVO; MATOS, 2009).

Nas décadas de 50 e de 60, as propostas racionalizadoras oriundas sobretudo dos Estados Unidos, como a “medicina integral”, a “medicina preventiva” e posteriormente a “medicina comunitária” não tiveram muita interferência no trabalho dos profissionais de SS no campo da saúde; os profissionais mantiveram como lócus central de sua ação os hospitais e ambulatórios e priorizavam suas ações no nível curativo e hospitalar (BRAVO; MATOS, 2009).

O profissional de SS vai trabalhar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população para possibilitar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios (BRAVO; MATOS, 2009). A atuação do profissional visava complementar as atividades dos médicos de forma subalterna. O intuito era adaptar os usuários às normas vigentes dos serviços. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade onde o gestor era o médico, e os demais profissionais da equipe de saúde eram denominados de paramédicos. Para estes, não havia um objetivo próprio e sua atuação era segundo o que os médicos lhes atribuíam (MATOS, 2013). Conseqüentemente, os profissionais exercitavam parcamente sua relativa autonomia para construir seu objeto de intervenção profissional. Os métodos, instrumentos e técnicas de ação profissional ganhavam proeminência nesse contexto.

As ações profissionais eram viabilizadas através do plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2009). Contudo, a partir dos anos 60, alguns assistentes sociais

com posições progressistas questionaram a direção do SS, com o conseqüente surgimento de um debate na profissão questionando o seu conservadorismo. Esse debate foi abortado com o golpe militar de 1964 (BRAVO; MATOS, 2009).

Com o estabelecimento da ditadura militar, o SS na Saúde recebeu as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária. As técnicas de intervenção, as atividades burocratizadas, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios foram priorizadas (BRAVO, 2011).

No período de distensão política (1974 a 1979), a prática profissional dos assistentes sociais continuou sendo pautada pela direção “modernizadora”, e foi expressa por ações rotineiras, burocratizadas, empiricistas, com foco na racionalidade e seletividade. Nesse período, não foram valorizadas as condições de vida e trabalho como fundamentais para a saúde, e nem mesmo a participação popular (BRAVO, 2011).

A década de 1980, no Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. Os assistentes sociais, nesse momento, receberam influências desta conjuntura de crise, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde então vigente. Inicia-se e se intensifica o processo de construção da reforma sanitária brasileira que postula um sistema único de saúde, descentralizado, com controle social, e fundado nos determinantes sociais do processo saúde doença. Nesse contexto, o SS brasileiro intensifica seu processo interno de revisão, de negação do SS tradicional. Esta década foi fundamental para o entendimento da profissão, pois significou o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista (BRAVO; MATOS, 2009).

Na década de 1990, o SS, na área da saúde, se caracterizava por uma incipiente alteração em sua prática institucional, pois enquanto categoria profissional estava desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária. Ao mesmo tempo, nessa época, o país enfrentou a implantação e o êxito ideológico do projeto neoliberal no

país. O projeto da reforma sanitária foi questionado e, na segunda metade dos anos 1990, foi consolidado o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista (BRAVO; MATOS, 2009). Os dois projetos políticos vigentes na área da saúde (privatista e o da reforma sanitária) apresentaram diferentes requisições para o SS. O modelo privatista vem requisitando, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (BRAVO; MATOS, 2009)

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesse sentido, destaca-se a concepção ampliada de saúde, que enfatiza os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado. Outros componentes importantes são: a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada. O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996, requer uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais. O conceito de saúde, contido na Constituição Federal de 1988 ressalta as expressões da questão social, ao afirmar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2017). A Lei nº 8.080/1990, em seu art. 3º (cuja redação foi alterada pela Lei nº 12.864/2013) afirma que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, 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” (BRASIL, 2013a).

De acordo com o documento organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (2010) sobre os Parâmetros do Serviço Social na Saúde, o projeto da reforma sanitária requer respostas do assistente social às seguintes demandas: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. Além dessas, outras demandas são apresentadas aos assistentes sociais no seu cotidiano de trabalho: o não entendimento, por parte do usuário, do tratamento indicado; falta de condições para realizar o tratamento devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários; as condições reais de vida dos usuários que são o desemprego e o subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário.

Neste horizonte, inscreve-se a perspectiva de aprimoramento da instrumentalidade para dar materialidade ao Projeto Ético Político do SS no Sistema Único de Saúde.

3.3 Instrumentalidade do Serviço Social

O aprimoramento da instrumentalidade viabiliza a materialidade do Projeto Ético Político. A instrumentalidade do exercício profissional pode ser considerada uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai obtendo conforme realiza seus objetivos (GUERRA, 2011). A instrumentalidade proporciona aos profissionais a objetivação de sua intencionalidade por meio das respostas profissionais.

Para Guerra (2011, p. 37):

A instrumentalidade do Serviço Social coloca-se não apenas como a dimensão constituinte e constitutiva da profissão, referenciada pela prática social e histórica dos sujeitos que a realizam, mas, sobretudo, como campo de mediação no qual os padrões de racionalidade e as ações instrumentais se processam.

O projeto ético-político do SS tem como dimensão política a equidade e a justiça social, considerando a universalização do acesso a bens e serviços relacionados às políticas e programas sociais; defende a ampliação e a consolidação de cidadania transversalizada como garantias dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. O projeto se declara como radicalmente democrático, compreendendo a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida (NETTO, 2009). Quanto ao campo profissional, o projeto requer o aperfeiçoamento intelectual do assistente social. Através da formação acadêmica qualificada, fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, considera que os assistentes sociais estarão aptos para propiciar uma análise concreta da realidade social que requer uma preocupação com a autoformação permanente e atitude investigativa, ou seja, com a pesquisa da realidade que enseja a intervenção profissional (NETTO, 2009).

A profissão, através do projeto ético-político, privilegia uma nova relação com os usuários, tendo como seu elemento central o compromisso com a qualidade dos serviços prestados pelos assistentes sociais à população, abrangendo a publicidade dos recursos institucionais; imprescindível para sua democratização e universalização e, principalmente, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários, o que é postulado como princípio das políticas sociais via controle social (NETTO, 2009).

Em suma, o projeto ético-político do SS se materializa em três dimensões:

a) Dimensão teórico-metodológica, baseada na leitura marxista, que identifica as bases estruturais das desigualdades sociais na sociedade capitalista, base que oferece o aporte necessário para a leitura de realidade, que permite decifrar as múltiplas expressões da questão social, fundamental para a construção de estratégias de trabalho profissional;

b) Dimensões ético-política, posto que o exercício profissional tem uma direção social voltado para a mudança da sociedade capitalista, tendo a liberdade como valor principal. Essa dimensão estabelece os valores que presidem a ação profissional, os quais devem perpassar as demais dimensões;

c) Dimensões técnico-operativa, que possibilitam a construção de estratégias no processo de trabalho para dar materialidade ao postulado pela Lei de Regulamentação da Profissão; do Código de Ética e processo formativo do profissional, que é contínuo e permanente.

Das três dimensões, a dimensão técnico-operativa foi que teve menos investimento na produção acadêmica hegemônica do SS (GUERRA, 2011). Na história do SS o instrumental foi negado equivocadamente, sobretudo após o movimento de Reconceituação, pois o entendimento era que o mesmo representava o pragmatismo oriundo da influência norte-americana (BATTINI, 2001).

A dimensão técnico-operativa é considerada como a “forma de aparecer” da profissão. A dimensão técnico-operativa não pode ser reduzida à questão dos instrumentos e técnicas. Ela requer, pressupõe as dimensões teórico-metodológicas para analisar o real e investigar novas demandas – ético-políticas – permitindo avaliar prioridades, as alternativas viáveis para realização da ação, bem como projetar a ação em função dos valores e finalidades e avaliar as consequências da ação –, além das condições objetivas do trabalho e as condições subjetivas dos agentes profissionais. Acioná-la de forma consequente implica, também, em considerar as necessidades colocadas pela população (SANTOS; SOUZA FILHO; BACKX, 2012).

A instrumentalidade não se confunde com instrumentos de trabalho (GUERRA, 2011). Os instrumentos técnico-operativos são os elementos mediadores e potencializadores do trabalho. Representam a estratégia por meio da qual se realiza a ação, com vistas a produzir mudanças no cotidiano da vida social dos usuários (SOUZA, 2008), pela via do acesso ou assecuramento de direitos. Os principais instrumentos utilizados pelo SS podem ser classificados como diretos (aqueles produzidos na relação face a face, dos profissionais com os usuários dos serviços) e indiretos (aqueles que permitem acessar informações de maneira secundária, por escrito, via fontes documentais) (SOUZA, 2008).

Os instrumentos diretos comumente utilizados pelo SS são: a Observação participante, a Entrevista individual e grupal, a Dinâmica de grupo, a Reunião, a Mobilização de comunidades, a Visita domiciliar, a Visita institucional.

Quanto aos instrumentos indiretos ou por escrito, se destacam o Relatório Social, as Atas de Reunião, o Parecer social, o Diário de Campo, os Livros de registro.

Entre os instrumentos técnico operativos, destacamos a FS como um instrumento direto, empregado pelo assistente social em qualquer espaço sócio ocupacional. A FS é um instrumento bastante utilizado na ação de produzir e registrar informações sociodemográficas, culturais, familiares e contextuais sobre as distintas manifestações da questão social, subsidiando as estratégias para orientar os serviços sociais, para realizar atendimento individual e promover o diálogo multiprofissional. No atendimento individual predomina o uso da entrevista, que consiste em uma conversa orientada por objetivos, entre o profissional e o usuário dos serviços, guiada pelas necessidades do segundo e as possibilidades e oferta do serviço. Na elaboração da FS, o profissional pode empregar as técnicas de pesquisa para criação de formulários e questionários muito utilizados nas entrevistas estruturadas ou semiestruturadas.

A FS preenchida possui informações sobre dados pessoais, escolaridade, estado civil, profissão, atividade ocupacional, situação de trabalho, previdência social, condições de moradia, acesso aos serviços, composição familiar, participação social entre outros dados (TRINDADE, 2012). Nesse sentido, a FS traz em sua estrutura a concepção dos seus formuladores acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, das estratégias de sintetizar as manifestações da questão social, em um contexto de adoecimento, e das estratégias adotadas para o seu enfrentamento, dos recursos sócio assistenciais, pessoais e familiares dos usuários.

As ações profissionais são atribuições que propiciam as respostas dos profissionais às necessidades expressas pelos usuários-pacientes e processadas pelos profissionais diante dos recursos e ofertas propiciadas pelas instituições, como parte da prestação de serviços sociais. Dentre estas destacam-se: orientar, acompanhar, planejar, supervisionar, providenciar, coordenar, analisar, emitir pareceres, assessorar, administrar. Essas ações estão relacionadas aos sujeitos sociais (individuais e coletivos), aos direitos sociais, aos serviços e benefícios sociais, políticas sociais, aos movimentos sociais. Logo, a FS se insere na dimensão técnico operativa da instrumentalidade da profissão, mas é indissociada das concepções

teórico-metodológica e ético-política que fundamentam e guiam as escolhas e os registros profissionais (TRINDADE, 2012).

3.4. Métodos de validação de conteúdo de instrumentos

Para Alexandre e Coluci (2011) e Coluci, Alexandre e Milani (2015), a avaliação de conteúdo, apesar de ser considerada uma técnica com limitação por ser avaliação subjetiva, é considerada uma das etapas essenciais para o desenvolvimento de novas medidas de um instrumento, pois avalia o grau de relevância e representatividade de cada item do instrumento elaborado.

A validação de conteúdo pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos e deve ser realizada por um comitê composto por cinco a dez juízes que devem ser escolhidos com base nas características do instrumento, na formação, na qualificação e na disponibilidade dos profissionais necessários (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Cada juiz deve receber um convite para participar do comitê de juízes e uma carta de apresentação dos procedimentos para o julgamento da validação de conteúdo (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

O processo de avaliação do instrumento deve ser realizado em duas etapas. Na primeira etapa, os juízes devem inicialmente avaliar de forma individual e independente o instrumento como um todo, determinando sua abrangência, clareza e relevância. Em relação à clareza, deve-se avaliar a redação dos itens, se eles foram redigidos de forma compreensível. Relevância ou pertinência significa notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para o instrumento. É importante também deixar um espaço para que os juízes possam redigir sugestões para melhorar o item ou fazer comentários (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Nesta fase, torna-se necessária a elaboração de instruções específicas para verificar se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se é necessário incluir ou eliminar itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A segunda etapa deve ser seguida por uma discussão em grupo para clarificar pontos controversos, realizar consensos e por fim desenvolver instrumentos

confiáveis e apropriados para determinada população (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral:

Aprimorar e validar o conteúdo da FS utilizada no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – INI/Fiocruz.

4.2 Objetivos específicos:

1. Elaborar a FS - Matriz 0 e o instrutivo para o seu preenchimento;
2. Validar o conteúdo da FS - Matriz 0.

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho do Estudo

Este estudo empregou uma metodologia de aprimoramento e validação de conteúdo de um instrumento de entrevista utilizado no SS. A pesquisa foi desenvolvida no período de julho de 2016 a abril de 2017.

5.2 Etapas do estudo (Fig. 1)

O objetivo específico 1 foi cumprido em duas etapas:

1ª etapa: Unificação e ampliação do conteúdo das Fichas Sociais aplicadas pelo SS no Ambulatório e na Internação do INI, com produção da FS - Matriz 0 (FS-Matriz 0);

2ª etapa: Elaboração do Instrutivo para preenchimento da FS-Matriz 0;

O objetivo específico 2 foi cumprido nas etapas 3 e 4 do trabalho:

3ª etapa: Validação de conteúdo da FS-Matriz 0, de forma individual;

4ª etapa: Validação de conteúdo da FS-Matriz 0, na forma de discussão de grupo.

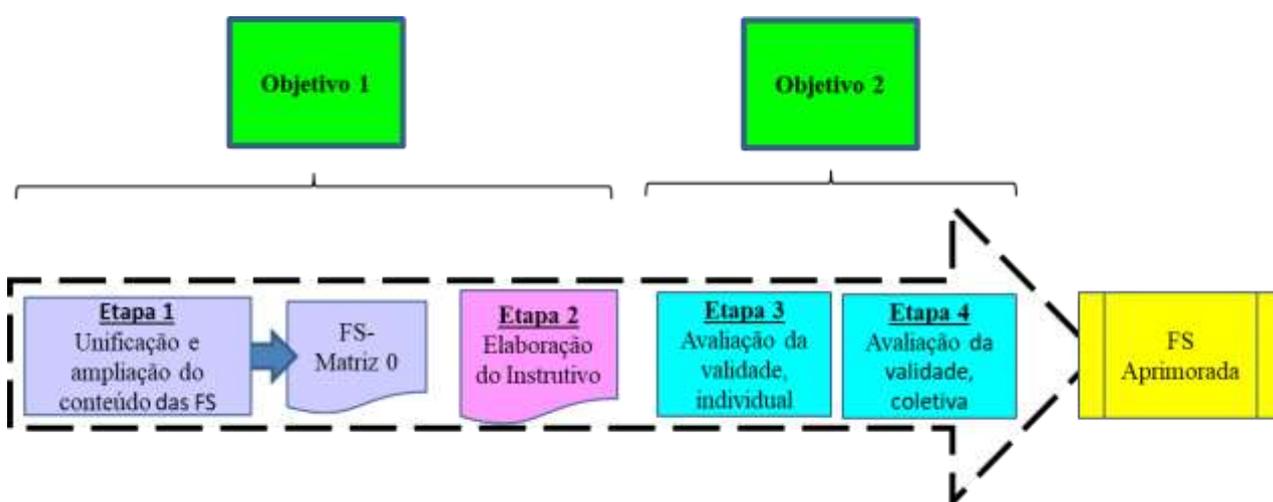


Figura 1. Diagrama dos objetivos e etapas desenvolvidas para aprimoramento da FS.

5.2.1 Elaboração da FS-Matriz 0 e do instrutivo para o seu preenchimento

O processo de elaboração da FS-Matriz 0 e do instrutivo de preenchimento se deu nas etapas descritas a seguir:

5.2.1.1 Unificação e ampliação do conteúdo das Fichas Sociais aplicadas pelo Serviço Social no Ambulatório e na Internação, com produção da FS-Matriz 0

A estratégia utilizada para unificação das FS do Ambulatório (Anexo A) e da Internação (Anexo B) foi, primeiro, criar blocos temáticos (Identificação do usuário; Condição/situação sociodemográfica; Condição/situação de trabalho e direitos sociais; Condição/situação de saúde Autorreferida; Orientações e encaminhamentos); em seguida, os itens foram agrupados nos blocos; e, por último, os itens foram analisados quanto à duplicidade e pertinência para constituir a FS unificada. Esse trabalho foi realizado com auxílio de planilhas Microsoft Office Excel® 2016.

A ampliação do conteúdo (quantidade de itens) aconteceu em dois momentos distintos: levantamento documental e bibliográfico.

Para realização do levantamento documental, foi solicitado aos responsáveis dos diferentes serviços e laboratórios de pesquisa clínica associados à assistência em doenças infecciosas do INI, pessoalmente e por e-mail, o envio dos formulários, fichas e cadastros usados no atendimento aos usuários. Os documentos coletados foram submetidos à leitura completa de seus conteúdos. Os itens desses documentos foram agrupados em planilhas Microsoft Office Excel® 2016, segundo os blocos estabelecidos na etapa anterior e, depois, analisados quanto à sua pertinência ou não para serem integrados à FS.

Após o levantamento documental, foi realizado um levantamento bibliográfico, o que permitiu uma melhor definição do quadro conceitual que envolvia o objeto de estudo proposto e o estabelecimento dos aspectos do marco teórico que o pesquisador desejava avaliar, ou seja, suas expectativas e consequências acerca do objeto em foco (GIL, 1994). Gil (1994) é categórico ao afirmar que essa definição deve

englobar com exatidão as especificações conceituais contidas no construto e as que não serão incluídas.

O levantamento bibliográfico teve duas finalidades:

- Identificar blocos temáticos e itens com potencial para inserção na FS-Matriz 0; e
- Elaborar o marco conceitual para construção da FS-Matriz 0, com a finalidade de subsidiar a etapa seguinte do trabalho, ou seja, de elaboração do Instrutivo.

O critério utilizado para seleção e inclusão dos itens na FS-Matriz 0 foi sua relevância e pertinência de acordo com as dimensões do SS (teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa) e baseadas também na experiência da mestranda no atendimento a usuários no INI.

Após a identificação dos novos itens, estes foram agrupados em planilhas Microsoft Office Excel® 2016, de acordo com os blocos estabelecidos na primeira etapa e, em seguida, analisados quanto a sua pertinência ou não para serem integrados à FS-Matriz 0.

5.2.1.2 Elaboração do Instrutivo para preenchimento da FS-Matriz 0

O material denominado “Instrutivo para o preenchimento da FS-Matriz 0”, cujo objetivo era descrever os blocos e itens disponíveis para o registro das informações, os conceitos associados a cada item, bem como a forma de preenchimento da FS-Matriz 0 pelos profissionais e estagiários de SS, foi elaborado de forma descritiva a partir do marco conceitual referido no item 5.2.1.1.

5.2.2 Validação do conteúdo da FS-Matriz 0

O processo de validação de conteúdo dos itens elaborados para a FS se deu em duas etapas: Avaliação de conteúdo dos itens da FS de forma individual e Avaliação de conteúdo dos itens da FS na forma de discussão de grupo.

Seleção dos membros do comitê de juízes

O comitê foi composto por quatro assistentes sociais e duas estagiárias de SS do INI.

Os critérios de inclusão foram: ter conhecimento privilegiado sobre a área de conhecimento, o campo teórico e prático do SS e ter vivência prática na atenção a usuários do INI, ter disponibilidade de entrevistar os usuários, e ter assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

Os critérios de exclusão foram: profissionais afastados em férias, ou em licença médica no período de pesquisa.

O recrutamento desses participantes foi feito a partir de um convite feito pela pesquisadora.

5.2.2.1 Validação do conteúdo da FS-Matriz 0, de forma individual

Para validação de conteúdo dos itens da FS, cada membro do comitê de juízes foi instruído a aplicar o instrumento na forma de entrevista social, de forma individual e independente. Cada membro entrevistou dois usuários atendidos nos serviços de Ambulatório e de Internação do INI com a FS-Matriz 0. (Apêndice B).

A avaliação individual teve como finalidade permitir aos juízes apresentarem sua apreciação quanto ao conteúdo da FS em relação a sua abrangência, relevância, clareza e pertinência. Para facilitar a avaliação, alguns itens da FS foram agrupados em sub-blocos. Ao final de cada sub-bloco, foi inserido um espaço para avaliação de conteúdo dos itens por meio da seleção das opções “Concordo”, “Concordo em parte”, “Discordo”, e um espaço para críticas e/ou sugestões dos juízes.

Os usuários foram recrutados entre os assistidos pelo SS que iriam fazer o primeiro atendimento ou a atualização das fichas sociais, a partir de um convite, obedecidos os critérios de inclusão e exclusão. No total foram entrevistados 12 usuários no período de 9 a 21 de março de 2017.

Os critérios de inclusão foram: ser assistido pelo SS para fazer o primeiro atendimento ou atualização das fichas sociais e ter assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice C).

O critério de exclusão foi: não estar em condições cognitivas (ex. sedação, desorientação, transtorno mental) durante a entrevista.

Após a aplicação da FS-Matriz 0, os dados foram tabulados em planilhas Microsoft Office Excel® 2016, e os resultados foram descritos e analisados de forma quantitativo-descritiva, sendo apresentados na forma de quadro e tabela.

5.2.2.2 Validação do conteúdo da FS-Matriz 0, na forma de discussão de grupo

Para a segunda etapa da validação do conteúdo, conforme proposto por Coluci, Alexandre e Milani (2015), foi desenvolvido um grupo de discussão cuja proposta é clarificar pontos controversos, realizar consensos e por fim aprimorar a Matriz 0 da FS.

Para coletar dados do grupo de discussão foi utilizada a técnica do grupo focal, que tem como proposta a investigação de um tema em profundidade, permitindo a construção de novas ideias e respostas sobre um tema em foco, a partir de diferentes olhares e opiniões que são manifestados pelos participantes do grupo (BUSANELLO et al., 2014).

O grupo focal foi composto por três assistentes sociais e duas estagiárias de SS do INI que participaram da etapa anterior. Uma das assistentes sociais foi excluída por estar em licença médica.

Os critérios de inclusão foram: ser da equipe de SS, ter entrevistado usuários com a Matriz 0 da FS, e ter assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

Os critérios de exclusão foram: profissionais afastados em férias, ou em licença médica no período de pesquisa.

A condução do encontro focal coube à pesquisadora que atuou como moderadora, e os registros dos dados foram realizados por um observador não participante. Os dois orientadores da pesquisa estiveram presentes no encontro.

O grupo focal foi realizado no dia 30 de março de 2017, na sala de reunião do 3º. andar do Edifício Gaspar Vianna, INI/Fiocruz, no período de 09:50 horas às 11:50

horas. O encontro foi registrado por meio de gravação de áudio. As opiniões, comentários, experiências, sugestões e propostas de cada participante foram anotadas por escrito.

A organização do grupo focal consistiu das seguintes etapas:

1) Introdução: Nesta etapa, a moderadora expôs o que era a técnica do grupo focal, explicou as regras para condução do encontro e apresentou os resultados da validação do conteúdo individual. Em seguida, expôs o objetivo do grupo focal que foi “discutir a formulação final da FS em aprimoramento”.

2) Construção do conhecimento: esta etapa se desenvolveu a partir das seguintes perguntas motivadoras feitas às participantes do grupo:

- a. Qual é a missão do INI e do SS?
- b. Como o SS pode contribuir para a missão do INI?

Essas perguntas se relacionaram ao escopo e à abrangência da atuação do SS na Instituição, para uma apreensão acerca da percepção da relevância do trabalho realizado pelo INI e acerca do lugar do SS diante da instituição.

3) Discussão profunda: esta etapa ocorreu tendo como base a pergunta:

“A composição da FS, com vários itens e opções de respostas, facilitou ou dificultou a realização das entrevistas e a compreensão do processo saúde-doença-cuidado? ”. Essa pergunta mais específica foi formulada para evidenciar, de forma resumida e objetiva, as expressões críticas das participantes, verbais ou não, sobre o instrumento proposto.

Em seguida, o debate foi focalizado no resultado obtido na etapa de validação do conteúdo de forma individual. Os itens destacados para discussão no grupo focal foram os considerados relevantes por preencherem os seguintes critérios: receberam críticas e/ou sugestões, de caráter conceitual e/ou estrutural, ou que necessitavam de pactuação considerando a realidade do atendimento aos usuários. Os nomes das autoras das críticas e/ou sugestões foram mantidos no anonimato e foram substituídos por uma codificação representada pela letra “P” (de participante) seguida pelos números de 1 a 5.

Posteriormente à seção de discussão, a pesquisadora analisou todas as respostas mediante a leitura e audição dos registros.

5.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do INI-Fiocruz sob parecer número 1.647096 e aprovado em julho de 2016. Todos os participantes foram convidados a assinar o TCLE, e lhes foi garantido o sigilo, o anonimato e o compromisso do pesquisador em prestar informações e esclarecimentos adicionais conforme o projeto aprovado pelo CEP/INI/Fiocruz, cadastrado na CAAE com o número 523634167.7.0000.5262.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Unificação e ampliação do conteúdo das Fichas Sociais aplicadas pelo Serviço Social no Ambulatório e na Internação, com a produção da FS-Matriz 0

6.1.1 Unificação das Fichas Sociais aplicadas pelo Serviço Social no Ambulatório e na Internação

O Quadro 1 apresenta o resultado da organização e unificação dos conteúdos das FS do Ambulatório e da Internação.

6.1.2 Ampliação do conteúdo: resultado do levantamento documental

Dos 16 setores contatados (serviços e laboratórios), 11 disponibilizaram os formulários, fichas e cadastros: Serviços de Nutrição, de Fisioterapia, de Enfermagem, de Internação/CTI, e os Laboratórios de Pesquisa Clínica em Doenças Febris Agudas, de Pesquisa Clínica em Doenças de Chagas, de Pesquisa Clínica em DST e AIDS, de Pesquisa Clínica em Micobacterioses, de Pesquisa Clínica em Neuroinfecções, de Pesquisa Clínica em Oftalmologia Infeciosa, e o Laboratório de Micologia.

Os setores de Assistência Farmacêutica e o Serviço de Psicologia e os Laboratórios de Pesquisa Clínica em Dermatologia Infeciosa, de Pesquisa Clínica em Medicina Intensiva e o Laboratório de Vigilância em Leishmanioses, não utilizam fichas próprias, pois fazem as entrevistas e a evolução direto no prontuário eletrônico da instituição.

O Quadro 2 apresenta os itens encontrados nos documentos dos serviços de Nutrição e Enfermagem, e dos laboratórios de Oftalmologia Infeciosa, Micologia, DST e AIDS, Doença de Chagas e Micobacterioses e considerados pertinentes para inclusão na FS-Matriz 0.

Quadro 1 – Organização em blocos e unificação dos itens das Fichas Sociais do Ambulatório e da Internação do INI/Fiocruz

Bloco	Item
Identificação	Nome
	Prontuário/Programa
	Data de nascimento (Idade)
	Escolaridade
	Estado civil
	Mãe
	Pai
	Documentos
	Endereço
	Contato
Condição/situação de saúde autorreferida	Reinternação/No. de internações anteriores
	Contato sigiloso
	Alguém conhece o seu diagnóstico
	Usuário de drogas
	Uso de preservativo
	Histórico de má adesão ao tratamento
Condição/situação de trabalho e direitos sociais	Profissão
	Ocupação
	Situação trabalhista
	Situação previdenciária
	Em caso de receber benefício previdenciário tipo de benefício
	Benefício assistencial
	Rendimento mensal individual
	Rendimento mensal familiar
Apoio social	
Condição/situação sociodemográfica	Composição familiar
	Meio de transporte para vir ao INI
	Número de dependentes
	Possui passe livre/qual
	Tipo de passe livre
	Religião
	Vem com acompanhante
Orientações e encaminhamentos	Avaliação inicial sobre Educação em Saúde
	Orientações fornecidas
	Resumo do caso
	Avaliação de alta crítica
	Encaminhamentos

Quadro 2. Itens dos formulários, fichas e cadastros dos serviços e laboratórios de pesquisa clínica associada à assistência utilizados para ampliação da Matriz da FS do Serviço Social do INI/Fiocruz.

Bloco	Item	Serviço	Laboratório
Identificação do usuário	Procedência	Enfermagem	Oftalmologia clínica
	Nome social	-	DST e AIDS
	Raça/cor	-	DST e AIDS, Doenças Febris Agudas/Micobacterioses
	Identidade de gênero	-	DST e AIDS
Condição/situação de saúde autorreferida	Comorbidades	Enfermagem/Nutrição	Micologia, Micobacterioses
	Participação em estudos clínicos	Enfermagem	-
	Acompanhamento psiquiátrico	-	Micobacterioses
Condição/situação sociodemográfica	Orientação sexual	-	DST e AIDS
	Usuário em situação de rua	-	DST e AIDS, Micobacterioses
	Nº de cômodos	-	Micobacterioses
	Nº de pessoas que moram no domicílio	-	Micobacterioses

6.1.3 Ampliação do conteúdo: resultado do levantamento bibliográfico

A seleção da bibliografia foi realizada de forma não sistemática tendo como base o conhecimento prévio, a interpretação e análise crítica da pesquisadora sobre o material de sua biblioteca particular.

Os Quadros 3 e 4 apresentam, respectivamente, a relação dos documentos e livros acadêmicos que serviram como fonte para a obtenção de itens que contribuíram para a ampliação do conteúdo da FS e para a elaboração do marco conceitual para construção da FS-Matriz 0, com a finalidade de subsidiar a etapa seguinte do trabalho, ou seja, de elaboração do Instrutivo.

Quadro 3 – Documentos utilizados para ampliação do conteúdo da FS e elaboração do Instrutivo para o preenchimento da FS (Matriz 0)

DOCUMENTOS
Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (BRASIL, 2011a)
Decreto Nº 8727, 28/04/2016 (BRASIL, 2016a)
Programa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2015)
Programa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: 4º trimestre de 2016 (IBGE, 2016)
Manual Legislação Saúde da Pessoa c/ Deficiência (BRASIL, 2006)
Resoluções CNS: 251/97 (BRASIL, 1997); 340/04 (BRASIL, 2004); 441/11 (BRASIL, 2011b); 466/12 (BRASIL, 2012)
Prevenção do uso de drogas (BRASIL, 2013b)
Diretrizes p/ Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento p/ Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2007)
CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL Assistente Social: Ética e Direitos. Coletânea de leis e resoluções. 5. ed. Rio de Janeiro: CRESS 7a. Região, v. 1, 2008b.
e-SUS Atenção Básica Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS- Versão 2.1 (BRASIL, 2016b)
Brasil sem Homofobia... (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004) 2004)

Quadro 4 – Bibliografia da área de Serviço Social utilizada para ampliação do conteúdo da FS e elaboração do Instrutivo para o preenchimento da FS (Matriz 0)

Bibliografia da área de Serviço Social
Os deficientes e seus pais (BUSCAGLIA, 2006)
Famílias e Serviço social (FREITAS, R. C. S.; BRAGA, C. D.; BARROS, N., 2010)
O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional (IAMAMOTO, M.V., 2003)
Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional (MATOS, M. C., 2013)
Transtorno mental e o cuidado na família (ROSA, 2011)
NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 141-160.
SOUSA, C. T. A pratica do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional (<i>The social worker practice: knowledge, instrumentality and professional intervention</i>). <i>Emancipacao</i> , v. 8, n. 1, p. 119–132, 2008.
e-SUS Atenção Básica Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada:
CDS- Versão 2.1 (BRASIL, 2016b)
Brasil sem Homofobia... (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004)
A construção do projeto ético-político do Serviço Social (NETTO, 2009)
A pratica do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional (SOUSA, 2008)
A instrumentalidade do Serviço Social. (GUERRA, 2011)
Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais (BRAVO, 2011)

6.2 Elaboração do Instrutivo para preenchimento da FS-Matriz 0

A seguir, é apresentado o marco conceitual que teve como base o levantamento bibliográfico apresentado no quadro 3 e a análise crítica da pesquisadora. Após esse levantamento, foi elaborado o Instrutivo para preenchimento da FS-Matriz 0 (Apêndice D).

Os termos “condição/situação”, que iniciam as denominações de três blocos da FS-Matriz 0, foram adotados do “Questionário autorreferido de condições/situações de saúde”, encontrado no documento e-SUS Atenção Básica Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS- Versão 2.1 (BRASIL, 2016b). O referido documento não explicita a distinção entre um termo e outro, mas eles abrangem os estados, características, circunstâncias e fatores, quer sejam contínuos ou temporários. Exemplos de situação: gestante, pessoas em situação de rua; com relação à condição: portadores de insuficiência cardíaca, de diabetes.

O Bloco I, denominado de Identificação do usuário, foi organizado em 11 itens, considerados fundamentais para a identificação do usuário e para melhor interação durante a entrevista pela equipe do SS.

O item “Procedência”, que não existe na FS atual, e que foi incluído na Matriz 0, diz respeito à origem do usuário que deu entrada no INI: se por demanda espontânea ou por encaminhamento de serviço de saúde público ou privado. Esse item nos revela parte do percurso dos usuários na rede de saúde, o acesso, a resolubilidade do atendimento às demandas dos usuários, como também fornece informações estratégicas inclusive após a alta hospitalar e sobre o processo de vulnerabilidades subjacentes ao território de origem.

No item “Identificação”, foi incluído o nome social do usuário que está precedendo ao nome civil, e as opções sobre a nacionalidade. Em nossa experiência profissional, ouvimos muitos relatos de constrangimentos quando o usuário (a) não tem a aparência, características físicas ou estereótipo correspondente ao sexo de orientação/identidade de gênero.

Em relação às opções de raça e cor, foram empregadas as cinco categorias adotadas pelo IBGE (2015): branca, preta, amarela, parda e indígena. A categoria amarela compreende a pessoa que se declara de origem japonesa, chinesa, coreana etc.; parda, a pessoa que se declara mulata, cabocla, cafusa, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça; e indígena, a pessoa que se declara indígena ou índia.

O item “identidade de gênero” foi acrescentado tomando como base o Decreto No. 8727, de 28 de abril de 2016 que define a identidade de gênero como a “dimensão

da identidade de uma pessoa que diz respeito à forma como se relaciona com as representações de masculinidade e feminilidade e como isso se traduz em sua prática social, sem guardar relação necessária com o sexo atribuído no nascimento” (BRASIL, 2016a).

No item “estado civil”, foi adotada a classificação do PNAD (IBGE, 2015) que elenca cinco categorias de estado civil. Tal item é fundamental em função das mudanças sociodemográficas que envolvem as configurações familiares e a crescente informalização de vínculos, cuja informação pode fornecer elementos estratégicos acerca de redes de sociabilidades primárias, vínculos afetivos, que muitas vezes ficam ocultos no cotidiano assistencial, envolvendo receio inclusive de estigmatização de estado civil que fuja dos padrões hegemônicos (ROSA, 2011).

Para o item “Natureza da união” foi adotada a classificação do PNAD (IBGE, 2015) para as pessoas que vivem em companhia de cônjuge ou companheiro (a). Exceto a inserção da categoria “união consensual com registro em cartório” porque, na prática do SS, essa informação é importante para efeito de orientações e direitos do companheiro no caso de óbito do cônjuge atendido no INI. Nesse quesito, é importante destacar as barreiras de acesso a determinados benefícios previdenciários, em função exatamente das exigências cada vez maiores para comprovação oficial de relacionamentos.

Na FS-Matriz 0, o bloco II, denominado “Condição/situação de saúde Autorreferida”, totalizou 24 itens, enquanto na FS anterior havia apenas seis itens referentes a esse bloco, a saber: alguém conhece o seu diagnóstico, histórico de má adesão ao tratamento, reinternação/nº de internações anteriores, sigilo, uso de preservativos, usuário de drogas.

Os primeiros cinco itens do bloco II dizem respeito à doença em tratamento no INI, como se deu a descoberta do diagnóstico, a necessidade ou não de sigilo, e a ocorrência de comorbidades.

A história registra o quanto as enfermidades infectocontagiosas foram estigmatizadas e promoveram estigmatização em seus usuários, que não estão ilesos do processo, pois participam dos valores da sociedade de origem e de entorno, assim também podem ser passíveis de auto estigma. Autores como Buscaglia (2006)

informam o quão é importante a forma como o diagnóstico é informado, até para a adesão ao tratamento ou cuidado.

A questão do sigilo também se faz importante, dada a necessidade de proteção do usuário e, em alguns cenários, também dos familiares.

O segundo conjunto compreende questões a respeito de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, de deficiências, e de ocorrência de internações anteriores. Para a definição de deficiências, foi tomado como base o Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2006).

Algumas deficiências permitem legalmente algumas isenções, como, por exemplo, descontos na aquisição de veículos para pessoas com enfermidades oncológicas, ou deficiências físicas. Outras asseguram alguns benefícios específicos ou até cotas para ingressos no mercado de trabalho, como as cotas para pessoas com deficiência física e mental.

Questões sobre a participação do usuário ou não em estudos clínicos foram introduzidas na FS-Matriz 0. Tal quesito é importante, pois o usuário pode estar em situação de desvantagem, por não conhecer seus direitos como participante de uma pesquisa, conforme explicita a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) como, por exemplo: receber as informações do estudo de forma clara; ter liberdade de recusa em participar do estudo; receber assistência (integral e imediata) por danos, de forma gratuita e requerer indenização por danos.

A preocupação com a necessidade de cuidados de saúde contínuos e com o estado alimentar do usuário é importante para o cuidado pós alta, pois algumas enfermidades exigem cuidados contínuos por um tempo considerável e, muitas vezes, pela vida toda. A tuberculose é um exemplo fundamental com respeito à preocupação com a alimentação, pois a ausência dela vulnerabiliza a pessoa. No caso dos soropositivos para HIV, os cuidados são indispensáveis para o não agravamento de suas condições de saúde.

O tema sobre drogas, que na FS utilizada no Serviço de Internação estava alocado no bloco denominado “outros aspectos socioculturais” e estava restrito às opções de resposta: sim, não, e não declarado, foi ampliado na Matriz 0, com opções de resposta para permitir a identificação do tipo de droga utilizada pelo usuário. Tal

item é fundamental, pois conhecer o tipo de substância consumida possibilita saber padrões de uso e riscos envolvidos.

Quanto ao uso ou não de preservativo, as informações que podem ser colhidas na entrevista possibilitam saber os padrões de relação sexual de risco, inclusive para terceiros, conhecer o poder de trocas do usuário nas relações afetivas e sexuais e obter informações sobre a negociação do uso do preservativo, dentre outros. E mesmo para preservar o parceiro sexual da transmissão ou no caso da mulher gestante, para evitar a transmissão vertical, a relação sexual com preservativo é fundamental.

A adesão do usuário ao tratamento é uma questão fundamental e, por isto, além de abordar se o usuário tem adesão ou não ao tratamento no momento atual, foi introduzido um item que contempla os fatores que podem dificultar a adesão, tais como: os relacionados à doença e ao tratamento; os socioeconômicos; os individuais e psicossociais; e dos serviços ou dos profissionais de saúde.

A adesão e sobretudo a não adesão ao tratamento-cuidado, frequentemente tem sido influenciada por uma interpretação culpabilizante por parte dos profissionais, como se a adesão estivesse relacionada meramente a uma questão consciente e sob controle do usuário dos serviços.

Na FS utilizada na Internação, os itens que estavam agrupados sob a denominação “Situação socioeconômica” foram reclassificados no bloco III da FS-Matriz 0 com a denominação de Condição/situação de trabalho e direitos sociais. Os conceitos adotados para os termos (itens) que foram empregados estão de acordo com a PNAD Contínua (IBGE, 2016) e PNAD 2013 (IBGE, 2015) e estão sintetizados na Figura 2.

No instrutivo para preenchimento da FS-Matriz 0, esses conceitos foram explicitados.

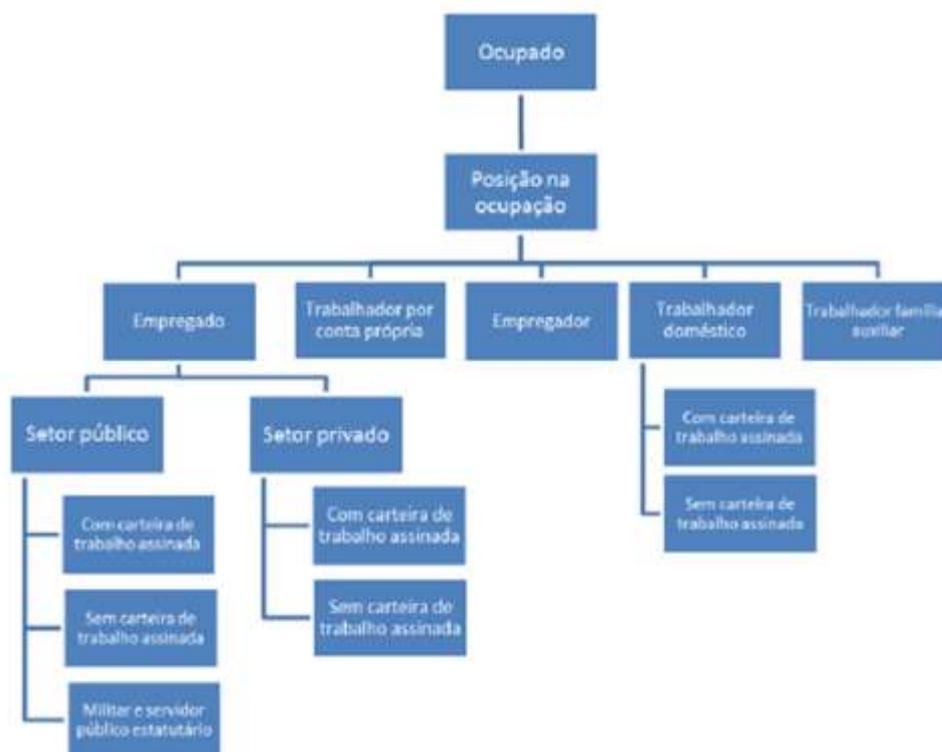


Figura 2. Classificação da população ocupada, de acordo com a posição na ocupação e a categoria de emprego (IBGE, 2016).

O bloco IV, denominado Condição/situação sociodemográfica, foi elaborado com uma série abrangente de itens. Compreender a realidade sociodemográfica dos usuários é fundamental para o trabalho do Assistente Social e para a mediação visando os direitos do cidadão.

Entre os itens novos e que estão em consonância com a contemporaneidade, está o de “arranjos familiares”. Nos tempos atuais, a família se apresenta sob diversas configurações. Supera os parâmetros da consanguinidade e do parentesco e apresenta uma perspectiva mais ampla, baseada na convivência e nas relações mútuas de cuidados e proteção entre pessoas que constituíram laços afetivos entre si (FREITAS, BRAGA, BARROS, 2010; ROSA, 2011).

O conhecimento das configurações familiares de cada usuário permite a visualização das dinâmicas de vínculos e tensão, conflito e afeto entre pessoas que se consideram irmanadas, ou a ausência de suporte nas redes familiares de origem.

A análise da composição familiar possibilita avaliar a rede de apoio primária e as condições de suporte em termos de cuidadores no âmbito familiar. Quanto maior o número de pessoas no grupo familiar maiores as possibilidades de retaguarda para o usuário.

Com relação ao número de dependentes, este item é fundamental pois muitas vezes o usuário do serviço é pai/mãe e tem sob sua responsabilidade o poder parental sobre crianças e adolescentes, que comumente ficam em situação de fragilidade quando um dos representantes da “chefia” da família fica enfermo. Assim, assegurar determinados direitos ou pré-condições em termos de acesso a benefícios ou orientações para os dependentes ou as pessoas que respondem por eles, torna-se uma atribuição fundamental para o assistente social.

Os conceitos relativos aos itens que abordaram questões sobre moradia e domicílio foram tomados da PNAD 2013 (BRASIL, 2015) e do e-SUS Atenção Básica (BRASIL, 2016).

Com relação às condições/situações de moradia, é fundamental levantar estas informações tendo em vista que alguns agravos em saúde estão relacionados às vulnerabilidades sociais dos usuários. Por exemplo, no caso das pessoas em situação de rua, com condições incertas de local para dormir, se alimentar, fazer a higienização. Essas pessoas vivem em condições precárias que podem impactar sua saúde e o tratamento/acompanhamento no serviço de saúde. Outros exemplos, são os das pessoas que compartilham a moradia com outras famílias, assim como aquelas que residem em situações insalubres.

As informações sobre meios de transporte possibilitam analisar as condições de acesso aos serviços de saúde. Comumente, o SS é demandado para viabilizar os meios para garantirem essas condições aos usuários, como, por exemplo, a obtenção de passe livre. O passe livre é um dos direitos assegurados para alguns segmentos sociais, como o idoso e o deficiente, o que permite a mobilidade urbana e outros acessos. É fundamental para o assistente social também tomar conhecimento daqueles usuários que não possuem e podem usufruir desse serviço, para agilizar as condições de garantia pois, em muitas situações, é a principal via de asseguramento do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde e continuidade do cuidado.

O item com as opções sobre orientação sexual foi fundamentado no documento Brasil sem Homofobia... (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004). Esse item representa as conquistas do movimento LGBT pelo reconhecimento das particularidades do grupo, que conquistaram o direito ao nome social, hormonioterapia e cirurgia de redesignação, para mudança de sexo. Poder dialogar com foco nas condições de saúde desse segmento também permite levantar informações sobre outras vulnerabilidades associadas, tais como o consumo de substâncias ou até as condições de trabalho, haja visto que muitas pessoas desse segmento acabam tendo, por fonte de sobrevivência, a prostituição, estando com a saúde em situação de risco.

No último bloco, Orientações e encaminhamentos, a principal modificação foi quanto à inclusão do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e de Opções de Encaminhamentos.

O PTS é uma estratégia de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de facilitar a discussão das condutas terapêuticas com equipe multiprofissional, considerando as demandas e necessidades apresentadas pelo usuário/família. O SS pode propor a construção do PTS dos usuários no INI.

Quanto aos Encaminhamentos na FS-Matriz 0, estes colaboram com a visibilidade das ações profissionais na articulação intersetorial com outras políticas, através de instituições públicas, como também com instituições de organização da sociedade civil, entre outras.

6.3 Validação do conteúdo da Ficha Social elaborada

6.3.1 Validação do conteúdo de forma individual

Os resultados da validação realizada pela equipe de SS apontaram que os 98 itens da Matriz 0 são relevantes. Entretanto, houve concordância parcial relacionada à clareza dos enunciados e de apontamentos para acréscimos de opções de respostas em alguns itens.

A Tabela 1 apresenta o resultado da avaliação individual da FS-Matriz 0 pelos membros do comitê de juízes, cujos itens foram organizados e classificados (pela pesquisadora) nas categorias:

“Inalterados”, ou seja, os itens foram mantidos conforme propostos inicialmente, por não receberem críticas ou sugestões da equipe de SS na avaliação da Matriz testada.

“Alterados”, ou seja, os itens foram alterados pela pesquisadora de acordo com os seguintes critérios: sugestão (e não crítica); sugestão comum a duas ou mais participantes; sugestão de caráter estrutural (e não conceitual).

“Itens para discussão em grupo”, ou seja, itens que foram considerados relevantes para discussão, por preencherem os seguintes critérios: receberam críticas e/ou sugestões de caráter conceitual; ou que necessitavam de pactuação, considerando a realidade do atendimento aos usuários.

Tabela 1 – Classificação dos itens da FS-Matriz 0 após a validação do conteúdo de forma individual realizada pelos membros do comitê de juízes

Bloco (total de itens)	Itens		
	Inalterados	Alterados	GF*
Identificação do usuário (11)	4	6	1
Condição/situação de saúde autorreferida (24)	4	14	6
Condição/situação de trabalho e direitos sociais (13)	5	8	0
Condição/situação sociodemográfica (42)	27	14	1
Orientações e encaminhamentos (8)	4	3	1
Total	44	45	9

*GF: para discussão no Grupo Focal

O Quadro 5 apresenta as críticas e sugestões apresentadas na etapa de avaliação individual da FS-Matriz 0 pelos membros do comitê de juízes, aos itens que foram selecionadas (Tabela 2) para a etapa 4 do trabalho, ou seja, de validação de conteúdo de forma coletiva.

Quadro 5 – Itens da FS-Matriz 0 que receberam críticas e sugestões do comitê de juízes na etapa de validação de conteúdo de forma individual.

BLOCO	ITEM DA FS-MATRIZ 0:	CRÍTICAS/SUGESTÕES APRESENTADAS NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE FORMA INDIVIDUAL
Bloco I	Item 1.4 - Identificação: Nome	Esse item deveria vir primeiro que os itens 1.2 (procedência) e 1.3 (plano de saúde)
Bloco II	Item 2.6 - Acompanhamento psicológico	Incluir a opção “abandono de tratamento”
	Item 2.13 - Participação em estudos clínicos	Acredito não ser pertinente a pergunta devido às orientações já serem dadas no momento da adesão do paciente aos estudos clínicos; Sugere retirada dos itens, pois não acha relevante na Ficha social do INI
	Item 2.14 - Em caso de participação em estudos clínicos, instituição onde participa/participou	Sugere retirada do item, pois não acha relevante na Ficha social do INI
	Item 2.18 - Número de refeições diárias	Deveria perguntar o motivo pelo qual o paciente faz o número de refeições informado, pois é possível assim identificar o grau de vulnerabilidade socioeconômica, ausência de cuidador para alimentação
	Item 2.20 - Em caso do uso de droga, nos últimos 06 meses fez uso de	Sugere colocar o número de cigarros e quantas vezes usa álcool por dia
	Item 2.23 - Adesão ao tratamento no momento atual	Acréscimo da pergunta “Tem histórico de má adesão ao tratamento? ”
Bloco IV	Item 4.38 - Presenciou situação de preconceito no atendimento prestado pelos serviços de saúde	Incluir item de histórico de violência doméstica; Não acredito que a pergunta é pertinente já que não foi o paciente que foi vítima do preconceito
Bloco V	Item 5.7 - Sugestões para o Projeto Terapêutico Singular	Não sabe se dá para fazer o PTS. Sugere que seja realizado após discussão com a equipe multiprofissional

6.3.2 Validação de conteúdo de forma coletiva

O encontro para realização do Grupo Focal ocorreu em um ambiente acolhedor e as divergências de opinião não interferiram no desenvolvimento do trabalho. As participantes atuaram de modo interativo e construtivo.

As respostas das participantes às perguntas disparadoras na etapa de construção do conhecimento revelaram sua percepção da relevância do trabalho da equipe de SS na Instituição, sem distinção de discurso entre as profissionais e as estagiárias quanto às expressões adotadas. Quanto à missão do INI e do SS, as falas em destaque foram: realizar pesquisa clínica; atender à população acometida por doenças infecciosas, com ênfase na qualidade de vida; viabilizar direitos aos usuários e fazer contato com outras instituições para realizar as mediações.

Nesse sentido, em sintonia com a identidade de uma instituição de pesquisa, a pesquisa clínica foi enfatizada e associada à dimensão assistencial, voltada para as “doenças infecciosas”, que é o foco da missão institucional.

Sobre a contribuição do SS para a missão do INI, as expressões empregadas pelas participantes foram:

O Serviço Social contribui na medida em que conhece a realidade da população; contribui para entender as razões relacionadas à adesão ao tratamento

(Participante 1).

Saúde não é só o biológico, mas está relacionada aos fatores sociais, à vulnerabilidade (Participante 2).

O Serviço Social lida com a realidade aparente e com a virtual dos pacientes (Participante 3).

A missão do SS no contexto de universalização da política de saúde implica no conhecimento da crescente diversificação dos usuários dos serviços de saúde, historicamente utilizados pelos segmentos pobres da população, haja vista, até os anos 1990, a duplicidade da política de saúde que via Sistema Previdenciário, priorizava o trabalhador inserido formalmente no mercado de trabalho via seguro social, enquanto, de outro lado, o Ministério da Saúde priorizava o considerado “indigente”, não segurado (BRAVO, 2011).

O SUS inovou ao ser universalizado, ampliado para todos os cidadãos brasileiros, requerendo do assistente social o manejo de informações com outros públicos.

Na etapa de discussão profunda, houve convergência nas respostas das participantes sobre a composição da FS, que reforçaram sua importância segundo o

modelo proposto neste trabalho, ou seja, que a composição da FS com vários itens e opções de respostas facilita a realização das entrevistas e a compreensão do processo saúde-doença-cuidado pelas profissionais e estagiárias, como pode ser percebido nos relatos a seguir:

Acho que a ficha ficou muito completa (Participante 2).

A ficha social facilita para o profissional absorver algumas informações trazidas pelo usuário (Participante 4).

Na etapa de discussão focalizada nos itens apresentados no Quadro 5 que foram destacados na validação de conteúdo individual e que necessitavam de pactuação do grupo, os resultados obtidos são explanados a seguir.

A primeira discussão foi sobre a proposta de mudança na ordenação dos primeiros itens que compõem o Bloco I. Durante a discussão do grupo, foi possível concluir que a entrevista, enquanto instrumento técnico-operativo do SS, deve ser iniciada pela identificação da pessoa do entrevistado e não pelo número de cadastro ou pelos dados de procedência do usuário. A proposta sugerida pelas participantes é que a alteração na ordenação dos itens seja adotada na FS aprimorada e pelo sistema de prontuário eletrônico do INI, conforme pode ser observado nas falas abaixo:

Acho que o item 1.4 que corresponde a identificação, deve ficar no lugar do 1.2 procedência” e 1.3 plano de saúde (Participante 1).

A ficha social pode ter uma ordem diferente do Serviço de Documentação do Paciente. Os dados do paciente devem ser relacionados primeiro, e os dados de protocolo venham em seguida (Participante 1).

Em seguida, o debate foi centrado na sugestão de inclusão da opção “abandono de tratamento psicológico” no item 2.6 (Acompanhamento psicológico). O grupo defendeu a troca da expressão “abandono de tratamento psicológico” por “interrupção do tratamento”. As discussões apontaram para a relevância de abordar na entrevista os motivos que levam o usuário à interrupção do tratamento, seja ele psicológico ou psiquiátrico.

A sugestão de retirada do item 2.13 (Participação do usuário em estudos clínicos) da FS não foi acatada pelo grupo, por entender que esta questão possibilita

mais um espaço de troca entre o profissional e o usuário nas questões relacionadas ao processo da pesquisa clínica, e para desmistificar determinadas ideias que os usuários trazem sobre “ser cobaia”, conforme pode ser evidenciado nas falas:

Se o paciente já participou de pesquisa ele sabe um pouco, conhece a dinâmica (...) nem todo paciente está em pesquisa... é uma oportunidade de se explicar até a natureza do hospital. Se ele não quiser participar ele vai ser atendido de qualquer forma (Participante 1).

Melhora o vínculo com a instituição (Participante 5).

Tem várias questões que precisam ser conhecidas, muitos pacientes acreditam serem “cobaias” (Participante 1).

Atendi um paciente que se prontificou a participar de qualquer pesquisa (Participante 3).

Algumas sugestões representaram um desdobramento dos itens da Matriz 0, como foi o caso da proposta relativa ao item “Número de refeições diárias”. O grupo entendeu que a inclusão de outro item perguntando sobre “o motivo pelo qual o paciente faz o número de refeições informado” é pertinente e importante para identificar o grau de vulnerabilidade do entrevistado, seja social, econômica, ou de outra ordem, como pode ser visto nos relatos a seguir:

Deveria perguntar o motivo pelo qual o paciente faz o número de refeições informado, pois é possível assim identificar o grau de vulnerabilidade socioeconômica, ausência de cuidador para alimentação (Participante 2).

Uma das usuárias que atendi, disse que tem dia que faz 04 refeições, mas tem dia que não consegue. Quando a pessoa recebe o pagamento, ela faz até 4 refeições até determinado momento, depois reduz por causa da falta de dinheiro (Participante 4).

Deve ter um campo para anotar o motivo, de modo que não perca essa informação da pessoa ter um número reduzido de refeições (Participante 1).

Sobre o tema adesão ao tratamento, a proposta apresentada na análise feita na etapa de avaliação individual foi de desdobrar o item para incorporar outra questão indagando sobre histórico de má adesão. A Participante Y expressou essa ideia:

Há pacientes que jogam o medicamento fora, que têm problemas de seguir o tratamento, e é importante ter isso registrado para saber o que fazer no momento atual (Participante 1).

No entanto, durante a discussão do grupo, essa sugestão foi descartada, pois a pergunta ao usuário sobre histórico de má adesão favorece a sua rotulação. O grupo compreendeu que a adesão envolve vários aspectos que vão além do uso dos medicamentos, entre eles as condições socioeconômicas do entrevistado e da família, como pode ser depreendido da seguinte fala:

Paciente interrompeu o tratamento porque não tinha dinheiro para vir ao INI (Participante 2).

E que a adesão pode ser geral ou parcial, ou seja, pessoas que são tratadas de várias enfermidades podem ter adesão a todos os tratamentos ou não. A opção discutida e aceita pelo grupo foi inserir as opções “contínua” ou “descontínua” como respostas para o histórico de adesão, em dois itens (adesão geral e adesão parcial). No caso de doenças crônicas, é comum haver momentos em que a pessoa apresenta maior ou menor constância no tratamento, por várias razões, como dito na frase a seguir:

Há pacientes que sempre tiveram adesão, mas no último momento podem não ter porque desistiram da vida (Participante 1).

Conhecer as razões relacionadas à adesão ou não adesão ao tratamento, remete para os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, ampliando as possibilidades de análise. A adesão ao tratamento nas doenças infecciosas é um processo complexo, pois envolve mudanças no estilo de vida, às vezes não só do “paciente”, mas de toda a família. Por outro lado, a não adesão tende a ser rotulada como algo individual, da “falta” de vontade do usuário, como decorrente de indisciplina.

No bloco IV (Condição/situação sociodemográfica), ao abordar o tema da violência doméstica e do preconceito, a equipe manifestou sua percepção da dimensão ético-política da ação profissional.

A sugestão de inserir a pergunta quanto a se “a pessoa foi vítima de violência doméstica” foi ampliada no grupo para todos os tipos de violência, conforme as opiniões abaixo:

É importante levantar se a pessoa foi vítima de violência, de qualquer tipo ou em qualquer ambiente, por ser um problema de saúde pública e o ciclo deve ser interrompido (Participante 2).

O agressor pode ter sido agredido algum dia (Participante 4).

Peguei um caso que iria repercutir na segurança do paciente (Participante 2)

6.4 Ficha Social Aprimorada

O aprimoramento se deu no conteúdo do instrumento a partir dos processos de unificação das FS do Ambulatório e da Internação, da ampliação dos itens constituintes, e de sua validação, tendo como base as dimensões do SS (Apêndice E). A Tabela 2 apresenta a síntese do total de itens por blocos obtidos durante o desenvolvimento do trabalho. Como pode ser verificado, houve aumento expressivo de itens nos blocos referentes aos temas “Saúde” e “Sociodemografia” alcançado.

Tabela 2 – Comparativo do número de itens obtidos nas etapas de unificação, de ampliação e de aprimoramento da ficha social do Ambulatório e da Internação do INI/Fiocruz

Bloco	Nº de itens p/ etapa do trabalho		
	Unificação	Ampliação	Aprimoramento
Identificação do usuário	10	11	17
Condição/situação de saúde autorreferida	6	24	32
Condição/situação de trabalho e direitos sociais	9	13	14
Condição/situação sociodemográfica	7	42	48
Orientações e encaminhamentos	5	8	8
Total de itens	37	98	119

7 CONCLUSÃO

A proposta de aprimoramento da FS apresentada foi considerada pertinente e aprovada pela equipe do SS (assistentes sociais e estudantes/estagiárias), tanto na avaliação individual quanto coletiva.

Os achados da pesquisa confirmaram a pertinência em unificar e ampliar o conteúdo das fichas sociais do Ambulatório e da Internação.

Em termos de aplicações, este trabalho representa uma contribuição no tema da dimensão técnico-operativa do SS onde as publicações acadêmicas se mostram incipientes.

O Instrutivo que se constituiu como um dos produtos deste trabalho contribuiu para nortear a realização das entrevistas a partir das dimensões do PEP do SS que fundamentam a constituição da FS aprimorada.

O modelo de FS proposto, com uma estrutura organizada em blocos e itens que abrangem de forma mais ampla os tópicos sobre saúde e aspectos sociodemográficos, tem maior potencial de contribuição para a realização das entrevistas realizadas pela equipe de SS.

Em termos de agregação ao conhecimento, a dissertação contribui para compreensão da FS como um instrumento de análise de determinação social da saúde e para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado em uma instituição de pesquisa clínica associada à assistência em doenças infecciosas.

8 REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes gerais para o curso de serviço social**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em:
<http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf>. Acesso em: 3 set. 2017.

BATTINI, O. **A questão da instrumentalidade do serviço social**. [S.l.: s.n.], 2001. Disponível em: <<http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2009/06/A-questão-da-instrumentalidade-do-Serviço-Social1.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2017. 514 p. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>>. Acesso em 3 set. 2017.

_____. **Decreto no. 8727, de 28 de abril de 2016a**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8727.htm>. Acesso em: 4 mar. 2017.

_____. Lei No. 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 25 set. 2013a. Seção 1, p. 5.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas.

Prevenção do uso de drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013b. 450 p., il., grafs., tabs. Inclui bibliografia.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.836, de 1° de dezembro de 2011.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 6 mar. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª. Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 246 p.

_____. **Resolução CNS No. 251, DE 07 DE AGOSTO DE 1997.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0251_07_08_1997.html. Acesso em: 3 set. 2017.

_____. **Resolução No. 340, DE 8 DE JULHO DE 2004.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0340_08_07_2004.html. Acesso em: 3 set. 2017.

_____. **Resolução CNS No. 441, de 12 de maio de 2011b.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2011/Reso441.pdf>. Acesso em: 3 set. 2017a.

_____. **Resolução No. 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS - Versão 2.1** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 171 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 8 set. 2017.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 346 p.

_____. Núcleo da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 60 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com VIH e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 31 p.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 88-110.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 350 p.

_____; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO, W. D.; KERBER, N. P. C.; SANTOS, S. S. C. Modos de produção de subjetividade para a tomada de decisões. **Revista Brasileira**

de Enfermagem, v. 67, n. 3, p. 422–429, 2014.

BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006. 415 p.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**. Brasília: CFESS, 2010. 82 p.

_____. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 9. ed. rev. atual. Brasília: CFESS, 2011. 60 p.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2017

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Orientação profissional: Informações básicas para o Assistente Social**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CRESS 7a. Região, 2008a. 62 p.

_____. **Assistente Social: Ética e Direitos. Coletânea de leis e resoluções**. 5. ed. Rio de Janeiro: CRESS 7a. Região, v. 1, 2008b.

FIOCRUZ. **Perfil Institucional - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): Ciência e tecnologia em saúde para a população brasileira**. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/perfil-institucional>>. Acesso em: 12 out. 2015.

FREITAS, R. C. S.; BRAGA, C. D.; BARROS, N. Famílias e Serviço Social – Algumas Reflexões para o Debate. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (Org.). **Família & Famílias: Práticas Sociais e Conversações Contemporâneas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 15–38.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas. 199 p.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do serviço social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 215 p.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1995. 216 p.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2003. 326 p.

_____. CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014. 400 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios : síntese de indicadores 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua 4o. trimestre de 2016**. Brasília: IBGE, 2016.

INI. **INI - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas**. Disponível em: <<http://www.ini.fiocruz.br/o-ini>>. Acesso em: 12 out. 2015.

MATOS, M. C. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013. 164 p.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social. Uma Análise do Serviço Social no Brasil Pós 64**. 8. ed. [s.l.] Cortez, 2005. 337 p.

_____. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 141-160.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 367 p.

SANTOS, C. M.; SOUZA FILHO, R.; BACKX, S. In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012. p. 15-38.

SILVA, M. O. S. **O serviço social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. São Paulo: Cortez, 1995. 311 p.

SOUSA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional (The social worker practice: knowledge, instrumentality and professional intervention). **Emancipacao**, v. 8, n. 1, p. 119–132, 2008.

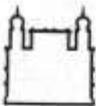
TRINDADE, R. L. P. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais. In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012. p. 69-102.

YASBECK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. In: **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CRESS/ABEPSS, 2009. p. 143-163.

ANEXOS

ANEXO A – FICHA SOCIAL DO AMBULATÓRIO

Paciente: PACIENTE TESTE 000 - Registro nr. 30039 Página 1 de 2



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS



INI
Instituto Nacional de Infectologia
Evandro Chagas

Data da Agenda: 09/11/2015 10:00:00
Data do início do atendimento: 09/11/2015 09:56:15

PACIENTE: **PACIENTE TESTE 000** Num. Prontuário: **30039-0**
Tipo de Consulta: **Consulta Subsq. Espec.**

Evoluções (ASSISTENTE SOCIAL) - Tipo da Evolução: Individual

teste

Dados da Consulta

1. FICHA SOCIAL

1.1. 02 DATA DE NASCIMENTO (IDADE):
teste

1.2. 03 POSSUI DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ? (DOCUMENTOS EXISTENTES)
teste

1.3. 04 ESTADO CIVIL (- IGNORADO - CASADO - DIVORCIADO/DESQUITADO/SEPARADO - SOLTEIRO - VIÚVO)
teste

1.4. 05 ESCOLARIDADE (- IGNORADO - NÃO ALFABETIZADO - ENSINO FUNDAMENTAL DE 1ª A 4ª/PREMÁRIA - ENSINO MÉDIO/2º GRAU/CLASSICO/CIENTIFICO - SUPERIOR, UNIVERSITÁRIO, GRADUAÇÃO - MESTRADO - DOUTORADO)
yrd

1.5. 06 ENDEREÇO (PONTO DE REFERÊNCIA)
rer

1.6. 08 BAIRRO
serevscf

1.7. 09 CIDADE
ewdwwdwe

1.8. 07 CEP
1212wqwe

1.9. 10 ESTADO
ewdwwdes

1.10. 11 TELEFONES PARA CONTATO (- RESIDENCIA/TRABALHO - TIPO: HOSPITALIZAÇÃO/ALTA - NOME - PARENTESCO)
wewseew

1.11. 18 ALGUÉM CONHECE O SEU DIAGNÓSTICO?
ewedf

1.12. 20 QUAL O MEIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZOU PARA VIR AO IPEC ?
ewdweeds

1.13. 21 VEO COM ACOMPANHANTE?
wewewef

1.14. 15 SITUAÇÃO TRABALHISTA: (EM ATIVIDADE: - SIM/NÃO - PROFISSÃO - OCUPAÇÃO)
ewsewv

1.15. 16 SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA: (- CARTEIRA ASSINADA/TEMPO - AUTÔNOMO CONTRIBUINTE/TEMPO - PREVID-ENCIA VENCIDA/TEMPO - TRABALHO SEM VÍNCULO - DESEMPREGADO (RECEBE BENEFÍCIO TIPO:))
wewv

1.16. 27 RESUMO DO CASO:
ewdswee

1.17. 12 COMPOSIÇÃO FAMILIAR: NOME - PARENTESCO - IDADE - ESCOLARIDADE - OCUPAÇÃO
ewdsewv

1.18. 13 RENDA MENSAL FAMILIAR: (SALÁRIO MÍNIMO: - ATÉ 1/4 > 1/4 A 1/2 - > 1/2 - > 1 A 2 - > 2 A 3 - > 3 A 5 - > 5 A 10 - > 10

<http://sipechomologsrv/sipec/ceclin/asp/Ambulatorio/Relatorios/ItensProntuario/RelG...> 09/11/2015

Paciente: PACIENTE TESTE 000 - Registro nr. 30039

Página 2 de 2

A 15 - > 15 A 20 - > 20 A 30 - > 30 - SEM RENDIMENTO)
ewserwesds

1.19. 14 RENDA MENSAL INDIVIDUAL: (SALÁRIO MÍNIMO: - ATÉ 1/4 -> 1/4 A 1/2 -> 1/2 -> 1 A 2 -> 2 A 3 -> 3 A 5 -> 5 A 10 -> 10 A 15 -> 15 A 20 -> 20 A 30 -> 30 - SEM RENDIMENTO)
ewsewed

1.20. 00 RECEBEU A CARTILHA DO CLIENTE ?
teste

1.21. 01 SIGILO (- SIM/NÃO - QUEM ?)
teste

1.22. 17 NÚMERO DE DEPENDENTES: (- NENHUM - 1 A 2 - 3 A 5 - 6 OU MAIS)
ewsedr

1.23. 22 POSSUI PASSE LIVRE ? (- SIM/NÃO)
wed rwe

1.24. 23 RELIGIÃO(-CAT.-EVANG.-IG.JESUS CTO. STOS. ÚLT.DIAS -T.JEOVÁ -ESPÍRITA -UMBANDA/CANDOMBLÉ -JUDAÍSMO - HINDUÍSMO -ISLAMIISMO -BUDISMO -MESSIÂNICA MUNDIAL -ESOTÉRICAS -INDÍGENAS -OUTRAS -S/RELIG.-S/DECL
ewwesed

1.25. 24 PRATICANTE (- SIM/NÃO)
ewedsw

1.26. 26 INFORMAÇÃO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE (- DIREITOS E RESPONSABILIDADE: RECEBEU/COMPREENDEU - PAPEL DA OUIDORIA IPEC/FLOCRUZ: RECEBEU/COMPREENDEU - CRENÇAS RELIGIOSAS: RECEBEU/COMPREENDEU)
ewesdew

1.27. 25 RECEBE ALGUM APOIO SOCIAL ? (-SIM/NÃO - QUAL ?)
ewesdwechw

1.28. 28 AVALIAÇÃO DE ALTA CRÍTICA
weewesew

Procedimentos

- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Procedimento	Conteúdo	Resp.
- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO INTRADÉRMICO (INCLUI VACINAS E TESTES - EXCETO PFD)	TESTE	MARIA DO SOCORRO FERRAZ MACHADO - CRESS 11647 - 7A REGIAO / ASSISTENCIA SOCIAL / 09/11/2015

Diagnóstico Definitivo

CID
A00.0 Cólera devida a *Vibrio cholerae* 01, biótipo *cholerae* | Cólera clássica

Hipótese Diagnóstica

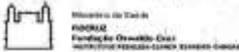
CID
A00.0 Cólera devida a *Vibrio cholerae* 01, biótipo *cholerae* | Cólera clássica

Rio de Janeiro, 09/11/2015 10:00:42.

MARIA DO SOCORRO FERRAZ MACHADO/ASSISTENTE SOCIAL
CRESS - 11647 - 7A REGIAO

O conteúdo impresso nestas folhas reflete integralmente as informações armazenadas eletronicamente pelo sistema e salvas no Banco de Dados não permitindo alterações após finalizado.

ANEXO B – FICHA SOCIAL DO SERVIÇO SOCIAL NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO – SERVIÇO DE INTERNAÇÃO



Ministério da Saúde
GOV.FED
Instituto Nacional de Câncer José de Almeida Costa



INI
Fundação de Amparo à Pesquisa em Saúde

FICHA SOCIAL - SERVIÇO DE INTERNAÇÃO

Dados Pessoais

REINTERNAÇÃO: _____ Nº DE INTERNAÇÕES ANTERIORES: _____

CONTATO SÍCLOGO: Sim
ALGUÉM CONHECE O SEU DIAGNÓSTICO?

NOME: _____ PSORT: _____ PROGRAMA: _____

DATA NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ TEL. RESIDENCIAL: _____

TELEFONE DE CONTATO: _____

NOME PARA CONTATO: _____

PARENTESCO: _____

RESIDE COM: SOZINHA SOZINHO OUTRO: _____

APOIO FAMILIAR: _____

Dados Pessoais/Familiares:

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

BARRIO: _____ PAÍS:

ESTADO: CIDADE:

CEP: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

ESCOLARIDADE: Completa - Ensino Médio

ESTADO CIVIL:

FILIAÇÃO:
MÃE: _____
PAI: _____

DOCUMENTOS PESSOAIS: POSSUI
RG: _____ ÓRGÃO: _____ CPF: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

NOME	PARENTESCO	IDADE	ESCOLARIDADE	Ocupação

Situação Socioeconômica:

PROFISSÃO:

Ocupação:

Em Atividade?
 SIM NÃO NÃO DECLARADO

RECEBE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO/ASSISTÊNCIA SOCIAL? SIM NÃO NÃO DECLARADO

TEMPO:
APOSENTADORIA: TEMPO DE SERVIÇO INVALIDEZ IDADE

AUXÍLIO DOENÇA
 PENSIONISTA
 INCAPAZ

RENDIMENTO MENSAL INDIVIDUAL:

INFERIOR A 1 SM
 1 SM
 2 SM
 DE 3 A 4 SM
 DE 5 A 6 SM
 DE 7 A 8 SM
 ACIMA DE 10 SM
 NÃO DECLARADA
 SEM RENDIMENTOS

RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR:

INFERIOR A 1 SM
 1 SM
 2 SM
 DE 3 A 4 SM
 DE 5 A 6 SM
 DE 7 A 8 SM
 ACIMA DE 10 SM
 NÃO DECLARADA
 SEM RENDIMENTOS

NÚMERO DE DEPENDENTES:

- NENHUM
 1 A 2
 3 A 5
 6 OU MAIS
 NÃO DECLARADA

RECEBE ALGUM APOIO SOCIAL?

- NÃO SIM NÃO DECLARADO

Outros Aspectos Socio-Culturais:**RELIGIÃO:**

- CATÓLICA
 EVANGÉLICA
 TESTEMUNHA DE JEová
 ESPÍRITA
 SEM RELIGIÃO
 NÃO DECLAROU
 OUTRAS:

PRATICANTE: SIM NÃO NÃO DECLARADO

USUÁRIO DE DROGAS: SIM NÃO NÃO DECLARADO

FAZ USO DE PRESERVATIVO:

- SIM NÃO ESPORADICAMENTE NÃO DECLARADO

HISTÓRICO DE NÃO ADEÇÃO AO TRATAMENTO: SIM NÃO NÃO DECLARADO

MODO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA VIR AO IPPECT

- TRANSPORTE PÚBLICO - ÔNIBUS- TRENH ETC
 VEÍCULO PRÓPRIO OU DE FAMILIAR
 TRANSPORTE INSTITUCIONAL
 OUTROS
 NÃO DECLARADO

VEM COM ACOMPANHANTE? SIM NÃO ÀS VEZES NÃO DECLARADO

POSSUI PASSE - LIVRE: SIM NÃO NÃO DECLARADO

QUAIS? VALE SOCIAL ID CARD ESPECIAL IDOSO NÃO DECLARADA

Avaliação Inicial de Informações Sobre Educação em Saúde:

- ORIENTAÇÕES SOBRE NORMAS DO SIVT/ IPEC DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO PACIENTE
 PAPEL DA OUVIDORIA IPEC/FOCIZ CRENÇAS RELIGIOSAS

ORIENTAÇÕES FORNECIDAS: VERBALMENTE ESCRITA VERBALMENTE E ESCRITA NÃO DECLARADO

Resumo de Caso:

Caracteres Restantes: 8000

Avaliação de Alta Crítica:

- NÃO APRESENTA PERFIL DE ALTA CRÍTICA AUSÊNCIA DE VÍNCULOS FAMILIARES
 PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RUA PACIENTE DEPENDENTE DE CUIDADOS CONTÍNUOS

OUTROS

ENTREVISTA SOCIAL REALIZADA EM:

INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR: PACIENTE FAMILIAR NÃO DECLARADO

OUTRO

Encaminhamentos:

ENCAMINHAMENTOS PERTINENTES PARA ALTA HOSPITALAR:

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAL/ESTAGIÁRIO DE SERVIÇO SOCIAL (GRUPO FOCAL)

Versão julho de 2016

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Aprimoramento das fichas sociais do serviço social do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/INI-Fiocruz”.

Esta pesquisa tem como objetivo central aprimorar as fichas sociais utilizadas pela equipe do Serviço Social do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – INI/Fiocruz.

Por que você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser integrante da equipe do Serviço Social (profissional ou estagiário) do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI). Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira, caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo ela é muito importante para a execução da pesquisa. Nenhuma remuneração será oferecida, não havendo nenhum custo para sua participação.

Mecanismos para garantir a confidencialidade e a privacidade

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

Você está sendo convidado (a) a participar do grupo focal, cuja proposta é investigar um tema em profundidade, a partir de diferentes olhares e opiniões que são manifestados pelos participantes do grupo com a finalidade de elaborar a matriz final

das fichas sociais do Serviço Social do INI. Os encontros do grupo focal ocorrerão no prédio da Vice Direção de Ensino do INI e serão registrados através de gravação de áudio, a partir do consentimento dos participantes, e também por meio do diário de campo, nos quais serão registradas as expressões e manifestações dos participantes, a partir das percepções do moderador e dos registros do observador não participante. O tempo de duração do grupo focal será de aproximadamente 2 (duas) horas. Serão realizados, em média, 2 (dois) encontros.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa

Todos os dados serão transcritos para o banco da pesquisa e armazenados, em arquivos digitais. Somente terão acesso aos dados da entrevista a equipe de pesquisadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos.

Rubrica do Participante: _____

Rubrica do Responsável pela aplicação do TCLE: _____

Benefícios diretos (individuais ou coletivos) ou indiretos aos participantes da pesquisa

O benefício de sua colaboração com a pesquisa será o de ampliar o conhecimento e as práticas da equipe do Serviço Social do INI com enfoque na melhoria das fichas sociais e da assistência prestada ao usuário no INI.

Previsão de riscos ou desconfortos

Os riscos de perda e confidencialidade e a privacidade serão minimizados com controle acesso aos dados da pesquisa. O desconforto que o participante do grupo focal poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incômodo em falar.

Despesas e custos

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, como também não receberá nenhuma remuneração pela participação. Você participará nos dias da realização do grupo focal no horário de trabalho/estágio.

Assistência em virtude de danos decorrente da pesquisa

Fica assegurado ao participante de pesquisa e seu (s) acompanhante (s) o direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo patrocinador), pelo tempo em que for necessário em casos de danos decorrentes da pesquisa.

Garantia de ressarcimento e indenização

Em caso de dano pessoal, fica assegurado ao participante de pesquisa e seu (s) acompanhante (s) o direito à indenização em casos de danos decorrentes da pesquisa.

Sobre divulgação dos resultados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa serão apresentados sem nenhuma forma de identificação pessoal. Pretende-se também divulgar os resultados da pesquisa em seminários internos do INI, bem como em eventos científicos e/ ou revistas científicas.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia,

da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Caso você queira tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, entre em contato com o CEP, o pesquisador principal e a discente responsável pelo desenvolvimento da pesquisa.

Rubrica do Participante: _____

Rubrica do Responsável pela aplicação do TCLE: _____

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do INI/Fiocruz:

Endereço: Av. Brasil, 4365 Manguinhos - 21040-360 Rio de Janeiro – RJ

Telefone: (21) 3865-9585 E-Mail: cep@ini.fiocruz.br

Pesquisador Responsável - Orientador: Marcelino José Jorge

Endereço: Av. Brasil 4.365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP 21045-900

Telefone: (021) 3865-9560 E-mail: marcelino.jorge@ini.fiocruz.br

Responsável pelo desenvolvimento da pesquisa - Mestranda

Maria do Socorro Ferraz Machado

Endereço: Av. Brasil 4.365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP 21045-90

Tel.: (021) 3865-9527 E-mail: maria.ferraz@ini.fiocruz.br

Declaro estar ciente e que compreendi as informações constantes neste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) e concordo em participar da pesquisa.

Nome do participante

Data: ____/____/____

Assinatura do participante da Pesquisa

Nome do responsável pela aplicação do TCLE

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável pela aplicação do TCLE

Este termo contém três páginas e é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o responsável pelo desenvolvimento da pesquisa. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável pela aplicação do TCLE.

Rubrica do Participante: _____

Rubrica do Responsável pela aplicação do TCLE: _____

APÊNDICE B – FICHA SOCIAL MATRIZ 0 / AVALIAÇÃO

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
Serviço Social

I – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1. Prontuário: _____

1.2. Procedência:

Demanda espontânea

Motivo informado (nas palavras do usuário): _____

Encaminhamento

Nome do Serviço de Saúde: _____

Município/Estado: _____

Público Privado

1.3. Plano de saúde privado:

não sim Plano: _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 1.1 a 1.3

Concordo Em parte Discordo

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

1.4. Identificação:

Nome social: _____

Nome civil: _____

Nacionalidade:

brasileira Naturalidade _____ (cidade e estado): _____

naturalizado(a) estrangeiro

País de nascimento: _____ Data de naturalização: ____/____/____

Nome da mãe: _____ Desconhecido

Nome do pai: _____ Desconhecido

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ idoso (≥60 anos)

Raça/cor: branca preta amarela parda indígena Etnia: _____
 Identidade de gênero: masculino feminina

AVALIAÇÃO DO ITEM 1.4

Concordo	Em parte	Discordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância - O item é relevante para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre o item acima:

1.5. Documentos:

RG: _____ Órgão: _____ Data de emissão: _____
 Não tem RG
 CPF: _____ Não tem CPF Cartão Nacional do SUS: _____

1.6. Escolaridade

não alfabetizado ensino fundamental incompleto ensino fundamental completo
 ensino médio incompleto ensino médio completo ensino superior incompleto
 ensino superior completo pós-graduação Anos de estudo: _____

1.7. Estado civil

casado(a) desquitado(a)/separado(a) judicialmente divorciado(a) viúvo(a) solteiro(a)

1.8. Natureza da união

casamento civil e religioso só casamento civil só casamento religioso união consensual união consensual com registro em cartório

1.9. Endereço/local de permanência:

Tipo: _____ Logradouro: _____
 Nº: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Comunidade: _____
 Ponto de referência: _____
 Município: _____ UF: _____ País: _____ CEP: _____

1.10. Endereço para correspondência (opcional):

Tipo: _____ Logradouro: _____
 Nº: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Comunidade: _____
 Ponto de referência: _____
 Município: _____ UF: _____ País: _____ CEP: _____

1.11. Contatos

Nome: _____
 Fone: _____ residencial: _____
 Trabalho: _____ Celular: _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 1.5 a 1.11

	Concordo	Em parte	Discordo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância - Os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

II – CONDIÇÃO/SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTORREFERIDA

2.1. Principal doença em tratamento no INI:

HIV/AIDS HTLV tuberculose dengue zika chikungunya leptospirose influenza ebola
febre amarela varicela toxoplasmose malária doença de Chagas leishmaniose esporotricose
criptococose paracoccidiodomicose acidente com animal peçonhento não sabe outras
 Qual: _____

2.2. Descoberta da doença:

adoecimento adoecimento de familiar exame de rotina doação de sangue pré-natal
outros: _____

2.3. Sigilo da doença (diagnóstico):

sim não

2.4. Em caso de não haver sigilo, quem conhece o diagnóstico:

cônjuge/companheiro familiares amigos

Nome(s): _____

2.5. Outras doenças:

asma câncer doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) diabetes hanseníase hipertensão arterial insuficiência cardíaca insuficiência renal

outras: _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 2.1 a 2.5

Concordo Em parte Discordo

Relevância - os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

2.6. Acompanhamento psicológico:

sim não

2.7. Em caso de acompanhamento psicológico, local do acompanhamento:

INI outro: _____

2.8. Acompanhamento psiquiátrico:

sim não

2.9. Em caso de acompanhamento psiquiátrico, local do acompanhamento:

INI outro: _____

2.10 Deficiência:

não se aplica auditiva visual mental física/motora múltipla

outra: _____

2.11. Ocorrência de internação nos últimos 12 meses:

sim não

2.12. Em caso de ocorrência de internação:

Instituição: INI outra: _____ Motivo: _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 2.6 a 2.12

Concordo Em parte Discordo

Relevância - os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

2.13. Participação em estudos clínicos:

sim não

2.14. Em caso de participação em estudos clínicos, instituição onde participa/participou:

Instituição: INI outra: _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 2.13 e 2.14

Concordo Em parte Discordo

Relevância - os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

2.15. Necessidade de cuidados de saúde contínuos:

sim não

2.16. Em caso de necessidade de saúde contínuos, motivos:

cadeirante idoso(a) outros: _____

2.17. Em caso de necessidades de saúde contínuas, relação com o principal cuidador:

cônjuge/companheiro(a) filho(a) genro nora neto(a) amigo(a) não tem cuidador
 outros: _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 2.15 a 2.17

Concordo	Em parte	Discordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância - os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

2.18. Número de refeições diárias:

01 02 03 04 5 ou mais

AVALIAÇÃO DO ITEM 2.18

Concordo	Em parte	Discordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância – o item é relevante para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre o item acima:

2.19. Uso de drogas:

sim não não declarado

2.20. Em caso do uso de droga, nos últimos 06 meses fez uso de:Depressoras

álcool barbitúrico butabarbital fenobarbital benzodiazepínicos opiáceos ou narcóticos
 inalantes ou solventes;

Estimulantes

tabaco anfetaminas cocaína crack merla;

Perturbadoras

maconha cogumelos plantas LSD-25 êxtase anticolinérgicos

outros _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 2.19 e 2.20

	Concordo	Em parte	Discordo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

2.21. Uso de preservativo nas relações sexuais:

sempre algumas vezes não usa não declarado

2.22. Motivos para o não uso do preservativo nas relações sexuais:

relacionamento com único parceiro(a) vergonha de pedir ao parceiro(a) para usar o preservativo
nem sempre tem preservativo disponível parceiro(a) não aceita não acha necessário usar o preservativo outros: _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 2.21 e 2.22

	Concordo	Em parte	Discordo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

sim não em início de tratamento

2.24. Principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento:

Fatores relacionados à doença e ao tratamento:

- complexidade do esquema terapêutico (o número de doses, o número de drogas)
efeitos colaterais do tratamento informações insuficientes sobre a enfermidade e o tratamento;
necessidade de modificação dos hábitos/estilo de vida por conta do tratamento
outros: _____

Fatores socioeconômicos:

- condição econômica precária custo financeiro do tratamento/terapêutica baixa escolaridade
dificuldade na manutenção de vínculo e relações de trabalho (por conta de ausências para consulta, exames, internação, mal estar, discriminação e estigmatização) impacto da doença na renda, no trabalho (formal ou informal) medo da perda de garantia do posto de trabalho
outros: _____

Fatores individuais e psicossociais:

- idade limitação física presença de transtornos mentais (depressão, ansiedade,...) abuso de álcool e outras drogas baixo nível de conhecimento sobre a doença e ao regime terapêutico (receita, esquema terapêutico,...) falta de apoio de pessoas significativas (família, amigos, comunidade,...) dificuldades de organização para adequar as exigências do tratamento às rotinas diárias crenças negativas relacionadas ao tratamento preconceito/estigmatização não aceitação do diagnóstico
outros: _____

Fatores relacionados ao serviço /ou profissionais de saúde:

- deficiência ou ausência de programas de suporte social (grupo de adesão, programa de apoio social e financeiro (alimentação, transporte...)) interação insatisfatória com o médico interação insatisfatória com os demais profissionais da equipe de saúde insatisfação com os serviços prestados pela instituição
outros: _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 2.23 e 2.24

	Concordo	Em parte	Discordo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

3.1. Profissão: _____ **Ocupação:** _____

3.2. Posição na ocupação:

empregado trabalhador doméstico trabalhador por conta própria empregador trabalhador familiar não remunerado outros: _____

3.3. Situação trabalhista:

No caso de empregado: trabalhador do setor público com carteira de trabalho assinada trabalhador do setor público sem carteira de trabalho assinada militar servidor público estatutário trabalhador do setor privado com carteira de trabalho assinada trabalhador do setor privado sem carteira de trabalho assinada

No caso de trabalhador doméstico: trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada

desempregado outros: _____

3.4. Contribuinte da Previdência Social:

sim não

3.5. Benefício Previdenciário:

sim não

3.6. Em caso de receber Benefício Previdenciário, tipo de benefício:

auxílio-doença auxílio acidente de trabalho aposentadoria pensão seguro-desemprego outro _____

3.7. Benefício Assistencial:

sim não

3.8. Em caso de receber Benefício Assistencial, tipo de benefício:

Bolsa Família - Valor: R\$ _____

Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social/BPC/LOAS

3.9. Rendimento mensal individual em salários mínimos (SM), nos últimos 06 meses:

sem rendimentos inferior a 1 SM 1,5 SM 2 SM 2,5 SM 3 SM 3,5 SM

4 SM 4,5 SM 5 A 10 SM 11 a 20 SM + de 20 SM Não declarado

3.10. Rendimento mensal familiar em salários mínimos (SM), nos últimos 06 meses:

sem rendimentos inferior a 1 SM 1,5 SM 2 SM 2,5 SM 3 SM 3,5 SM

4 SM 4,5 SM 5 A 10 SM 11 a 20 SM + de 20 SM não declarado

3.11. Situação em relação à renda familiar

principal responsável dependente contribui com a renda familiar não contribui

3.12. Apoio social:

sim não

3.13. Em caso de receber Apoio Social, tipo do apoio:

aluguel social ajuda de familiar cesta básica auxílio em dinheiro ou material de grupo religioso

AVALIAÇÃO DOS ITENS 3.1 a 3.13

	Concordo	Em parte	Discordo
Relevância – os itens são relevantes para a ficha social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

IV – CONDIÇÃO/SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**4.1. Arranjos familiares:**

unipessoal conjugal conjugal ampliada monoparental feminina monoparental masculina
homoafetiva

4.2. Composição familiar:

Nome	Idade	Vínculo	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Renda

4.3. Responsável por crianças de 0 a 9 anos:

adulto adolescente outra(s) criança(s) sozinha creche não se aplica
outro: _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 4.1 a 4.3

	Concordo	Em parte	Discordo
Relevância – os itens são relevantes para a ficha social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Este espaço é reservado para fazer suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

4.4. Situação de moradia:

imóvel próprio quitado imóvel próprio em aquisição imóvel alugado imóvel cedido ocupação
 em situação de rua outros: _____

4.5. Tipo de domicílio:

casa apartamento cômodo

4.6. Tempo de residência no domicílio:

menos de 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos mais de 5 anos

4.7. Material predominante nas paredes externas do domicílio:

alvenaria/tijolo taipa outros: _____

4.8. Número de cômodos:

01 02 03 04 05 mais de 05

4.9. Entrada de luz natural e ventilação nos cômodos:

sim não parcial

4.10. Número de pessoas que moram no domicílio:

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 mais de 10

4.11. Localização do domicílio:

área urbana área rural

4.12. Tipo de acesso ao domicílio:

pavimentado chão batido fluvial outro: _____

4.13. Dificuldade de acesso para chegar/sair ao/do domicílio:

sim não

4.14. Em caso de dificuldade de acesso para chegar/sair ao/do domicílio, tipo de dificuldade:

violência urbana local alto (morro) escadas ruas estreitas beco valões
 outro: _____

4.15. Disponibilidade de energia elétrica residencial:

sim não

4.17. Abastecimento de água:

rede encanada até o domicílio poço/nascente no domicílio cisterna carro pipa outro: _____

4.18. Tipo de água consumida no domicílio:

mineral filtrada fervida clorada sem tratamento

4.19. Forma de escoamento do banheiro ou sanitário:

rede coletora de esgoto ou pluvial fossa séptica fossa rudimentar direto para o rio, lago ou mar
céu aberto outra forma _____

4.20. Destino do lixo:

coletado queimado/enterrado céu aberto outro _____

4.21. Serviços disponíveis à comunidade:

Iluminação pública transporte público hospital/pronto socorro posto de saúde clínica da família
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) escola pública creche Centro de Referência Social (CRAS)
posto policial/delegacia serviços de proteção a mulheres crianças e idosos correios
agência bancária comércio em geral associação de moradores igrejas praça
outros _____

4.22. Lazer:

praças, parques, jardins locais religiosos teatro cinema shopping center praia atividade
esportiva visita a familiares e amigos TV dança leitura música clube escola de samba
outros _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 4.4 a 4.22

	Concordo	Em parte	Discordo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

4.24. Tempo em situação de rua:

menos de 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos mais de 5 anos

4.25. Referência familiar:

sim não Em caso afirmativo, nome: _____

4.26. Em caso de usuário em situação de rua, origem da alimentação:

restaurante popular doação de restaurante doação de grupo religioso doação popular
 outra: _____

4.27. Em caso de usuário em situação de rua, dispõe de local para higiene pessoal:

sim não

4.28. Em caso de usuário em situação de rua, dispõe de local para dormir:

sim não

4.29. Em caso afirmativo, local de pernoite:

abrigo público praça outros: _____

AVALIAÇÃO DOS ITENS 4.23 a 4.29

	Concordo	Em parte	Discordo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

4.30. Meio de transporte utilizado para vir ao INI:

transporte público veículo próprio veículo de familiar táxi veículo de amigo/conhecido
 transporte Institucional do INI motocicleta bicicleta transporte do Programa de Tratamento Fora Domicílio Intermunicipal não declarado
 outros _____

4.31. Passe livre:

sim não em processo de solicitação não tem interesse ainda vai solicitar
 o diagnóstico não dá direito ao passe livre vencido outros _____

4.32. Tipo de Passe livre:

vale social intermunicipal riocard especial idoso

AVALIAÇÃO DOS ITENS 4.30 a 4.32

	Concordo	Em parte	Discordo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

4.33. Necessidade de acompanhante para vir às consultas/exames no INI:

permanente às vezes não

4.34. Motivo da necessidade de acompanhante para vir às consultas/exames no INI:

cadeirante idoso outros _____

não se aplica

AVALIAÇÃO DOS ITENS 4.33 a 4.34

	Concordo	Em parte	Discordo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

4.35. Orientação sexual:

heterossexual homossexual bissexual transexual outros _____

4.36. Religião/crença:

não tem não declarou adventista budista candomblecista católica evangélica islâmica

judaica kardecista testemunha de Jeová umbandista

outros _____

AValiação DOS ITENS 4.35 a 4.36

Concordo Em parte Discordo

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

4.37. Participação em grupo de controle social e/ou organização comunitária:

Associação Lutando para Viver Amigos do INI associação de moradores Conselho de Saúde/Assistência Social/Educação grupo de auto ajuda igreja outros _____

4.38. Presenciou situação de preconceito no atendimento prestado pelos serviços de saúde:

sim não

4.39. Tipo de preconceito presenciado:

racial religioso gênero orientação sexual situação socioeconômica idade por ter estado privado de liberdade por ser dependente de drogas por ser portador do Vírus HIV/Aids por estar com Tuberculose por estar com hanseníase por ter doença crônica outros _____

4.40. Vítima de preconceito no atendimento prestado pelos serviços de saúde:

sim não

4.41. Tipo de preconceito sofrido:

racial religioso gênero orientação sexual situação socioeconômica idade por ter estado privado de liberdade por ser dependente de drogas por ser portador do Vírus HIV/Aids por estar com Tuberculose por estar com hanseníase por ter doença crônica outros _____

AValiação DOS ITENS 4.37 a 4.41

Concordo Em parte Discordo

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

4.42. Informações fornecidas por:

- usuário ou paciente familiar companheiro (a) amigos prontuário do INI
instituição de origem
outros _____

AVALIAÇÃO DO ITEM 4.42

	Concordo	Em parte	Discordo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância – o item é relevante para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre o item acima:

V. ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

5.1. Orientação sobre serviços e direitos:

- organização dos serviços do INI direitos do usuários do SUS direitos e responsabilidades do usuário no INI direitos dos participantes em Pesquisa Clínica papel da Ouvidoria da Fiocruz

5.2. Orientações fornecidas:

- verbalmente escrita

5.3. Encaminhamentos das principais demandas identificadas:

	Tipo de encaminhamento	Sim
1	Acompanhamento pelo Serviço Social no ambulatório do INI	
2	Abrigo	
3	Adesão ao Tratamento	
4	Benefício da Prestação Continuada /BPC/LOAS	
5	Benefício Previdenciário	
6	Bolsa Família	
7	Cento de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)	
8	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	
9	Centro de Cidadania LGBT/Rio sem Homofobia	
10	Cesta Básica - Associação Lutando para Viver Amigos do INI	
11	Conselho Tutelar	
12	Consulta à Previdência Social	
13	Doação para transporte - Associação Lutando para Viver Amigos do INI	
14	Notificação de violência contra as mulheres	
15	Notificação de violência contra crianças e adolescentes	
16	Passe Livre	
17	Programa de Saúde da Família	
18	Segunda via de Identidade	
19	Segunda via do CPF	
20	Serviço de Atenção Domiciliar	
21	Serviço de psicologia do INI	
22	Unidade de Referência da Assistência Social (SUAS)	
23	Unidade de saúde de referência	

Outros: _____

5.4. Em caso de internação, avaliação do processo da alta social:

não apresenta dificuldades apresenta dificuldades

5.5. Motivo da dificuldade para a alta social:

questão socioeconômica ausência de vínculos familiares dependente de cuidados contínuos
 cidadão em situação de rua estrangeiro outros

5.6. Número de internações anteriores: _____**5.7. Sugestões para o Projeto Terapêutico Singular:****5.8. Observações gerais do entrevistador****AVALIAÇÃO DOS ITENS 5.1 a 5.8**

	Concordo	Em parte	Discordo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevância – os itens são relevantes para a ficha social

Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:

Local e data: _____

Nome do entrevistador: _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – USUÁRIOS ATENDIDOS NOS SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO E DE INTERNAÇÃO DO INI.

Versão julho de 2016

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Aprimoramento das fichas sociais do Serviço Social do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/INI-Fiocruz”.

Esta pesquisa tem como objetivo central melhorar as fichas sociais utilizadas pela equipe do Serviço Social do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – INI/Fiocruz.

Por que você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser usuário atendido no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI). Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento sem qualquer prejuízo no seu atendimento. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Mecanismos para garantir a confidencialidade e a privacidade

Qualquer dado que possa identificá-lo será retirado na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

A sua participação consistirá em participar pessoalmente de uma entrevista na sala do Serviço Social, em caso de atendimento no ambulatório, e nas enfermarias, em caso de internação, com a finalidade de responder questões relacionadas aos aspectos sociais, econômicos e de saúde para o aprimoramento das fichas sociais do Serviço Social do INI. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente 1 (uma) hora.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa

Todos os dados serão copiados e armazenados, em arquivos digitais. Somente terão acesso aos dados da entrevista a equipe de pesquisadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos.

Rubrica do Participante: _____

Rubrica do Responsável pela aplicação do TCLE: _____

Benefícios diretos (individuais ou coletivos) ou indiretos aos participantes da pesquisa

O benefício de sua colaboração com a pesquisa será o de ampliar o conhecimento e as práticas da equipe do Serviço Social do INI com enfoque na melhoria das fichas sociais e da assistência prestada ao usuário no INI.

Previsão de riscos ou desconfortos

Não há previsão de danos decorrentes desta pesquisa. Os riscos que a pesquisa pode oferecer são: o possível constrangimento durante a entrevista por ter questões relacionadas aos aspectos sociais, econômicos e de saúde, bem como, no caso de reinternação, ser necessário responder mais de uma vez às mesmas questões.

Despesas e custos

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, como também não receberá nenhum valor financeiro pela sua participação. Você participará apenas no dia da entrevista quando for fazer o primeiro atendimento ou atualização da ficha social pelo Serviço Social no serviço de ambulatório ou no serviço de internação do INI.

Assistência em virtude de danos decorrente da pesquisa

Fica assegurado ao participante de pesquisa e seu(s) acompanhante(s) o direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo patrocinador), pelo tempo em que for necessário em casos de danos decorrentes da pesquisa.

Garantia de ressarcimento e indenização

Em caso de dano pessoal, fica assegurado ao participante de pesquisa e seu(s) acompanhante(s) o direito à indenização em casos de danos decorrentes da pesquisa.

Sobre divulgação dos resultados da pesquisa

Os resultados desta pesquisa serão apresentados sem nenhuma forma de identificação pessoal. Pretende-se também divulgar os resultados da pesquisa em seminários internos do INI, bem como em eventos científicos e/ ou revistas científicas.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o CEP- Comitê de Ética em Pesquisa do INI. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Rubrica do Participante: _____

Rubrica do Responsável pela aplicação do TCLE: _____

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do INI/Fiocruz:**Endereço:** Av. Brasil, 4365 Manguinhos - 21040-360 Rio de Janeiro – RJ**Telefone:** (21) 3865-9585 E-Mail: cep@ini.fiocruz.br**Pesquisador Responsável - Orientador:** Marcelino José Jorge

Endereço: Av. Brasil 4.365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP 21045-900

Telefone: (021) 3865-9560 E-mail: marcelino.jorge@ini.fiocruz.br**Responsável pelo desenvolvimento da pesquisa - Mestranda**

Maria do Socorro Ferraz Machado

Endereço: Av. Brasil 4.365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP 21045-90

Tel.: (021) 3865-9527 E-mail: maria.ferraz@ini.fiocruz.br

Declaro estar ciente e que compreendi as informações constantes neste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) e concordo em participar da pesquisa.

Nome do participante

Data: ____/____/____

Assinatura do participante da Pesquisa

Nome do responsável pela aplicação do TCLE

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável pela aplicação do TCLE

Este termo contém três páginas e é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o responsável pelo desenvolvimento da pesquisa. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável pela aplicação do TCLE.

Rubrica do Participante: _____

Rubrica do Responsável pela aplicação do TCLE: _____

APÊNDICE D – INSTRUTIVO PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA SOCIAL - MATRIZ 0

Considerações iniciais

A principal proposta deste trabalho, que tem como título “Aprimoramento e validação de instrumento de entrevista do Serviço Social” do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz, é redefinir o conjunto de informações que deve compor a ficha social a ser utilizada pelo Serviço Social do INI, a partir do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Um dos resultados propostos é a unificação das fichas sociais utilizadas nos serviços de ambulatório e internação do INI, antiga demanda da equipe do Serviço Social. Com essa proposta de aprimoramento/unificação das fichas, espera-se ampliar a consulta dos indicadores sociais gerados pelo Serviço Social por parte dos profissionais e estudantes que atuam no INI. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INI (CEP-INI/Fiocruz), sob parecer Nº 1.647.096.

Nesta etapa da pesquisa, será realizada a Avaliação da Validação de Conteúdo Individual da ficha social denominada de Matriz 0, com o objetivo de testar, avaliar, revisar e aprimorar essa Matriz que foi elaborada a partir de um estudo das dimensões do Serviço Social. Nesta Avaliação de Validação de Conteúdo Individual os profissionais/estagiários que participam da equipe do Serviço Social deverão entrevistar de 01 a 02 usuários dos serviços de ambulatório e internação do INI, utilizando o **Instrutivo para o preenchimento da Matriz 0 da Ficha Social - Matriz 0**.

Os usuários serão recrutados entre os assistidos pelo Serviço Social do INI para fazer o primeiro atendimento ou fazer a atualização das fichas sociais, a partir dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na pesquisa, a saber:

Critério de inclusão: Ser assistido pelo Serviço Social para fazer o primeiro atendimento ou atualização da ficha social.

Critério de exclusão: Usuários que não estiverem em condições cognitivas (ex. sedação, desorientação, transtorno mental) durante a entrevista.

Após essa avaliação, o profissional poderá fazer o convite informal ao usuário e solicitar a concordância do mesmo em participar da pesquisa através da leitura e assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice C)**.

Após o preenchimento de cada ficha, será fundamental que o profissional/estagiário faça a avaliação dos campos e itens da Matriz 0. Para tanto, os campos e itens foram agrupados por assuntos comuns. Após cada conjunto de itens comuns, você encontrará o quadro conforme segue abaixo:

	Concordo	Em parte	Discordo
Relevância – os itens são relevantes para a ficha social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este espaço é reservado para suas críticas e sugestões sobre os itens acima:			

No primeiro espaço, você marcará se concorda (totalmente), se discorda em parte ou se discorda (totalmente) quanto aos campos e itens da Matriz 0.

No segundo espaço, você apresentará suas críticas e sugestões para os itens dos quais discorda (em parte ou totalmente).

Ao final desta fase do trabalho, ou seja, depois da Avaliação da validação de conteúdo de forma individual, os profissionais/estagiários serão convidados a participar de um grupo focal cuja finalidade é gerar uma discussão, fundamentada na Instrumentalidade do Serviço Social, que contribua para o aprimoramento da ficha social do Serviço Social do INI. O grupo focal é uma técnica que tem como objetivo investigar um tema em profundidade, a partir de diferentes olhares e opiniões que são manifestadas pelos participantes do grupo.

Apresentação

Este material objetiva descrever os blocos e campos disponíveis para o registro das informações, os conceitos associados a cada item, bem como a forma de preenchimento das fichas Ficha Social (Matriz 0) pelos profissionais e estagiários de Serviço Social.

A Ficha Social (Matriz 0) foi elaborada pela aluna Maria do Socorro Ferraz Machado, do curso de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz”, cujo tema da dissertação é intitulada como “Aprimoramento da Ficha Social do Serviço Social do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz”.

Entende-se por Matriz 0, a primeira matriz de FS elaborada pela mestranda e que necessita ser avaliada quanto ao conteúdo por um grupo de especialista. Esta Matriz 0 foi composta por cinco blocos temáticos e um total de 98 itens (Tabela 3).

Tabela 3 – Blocos e total de itens constituintes da Matriz ampliada da Ficha Social

BLOCO	TOTAL DE ITENS
Identificação do usuário	11
Condição/situação de saúde autorreferida	24
Condição/situação de trabalho e direitos sociais	13
Condição/situação sociodemográfica	42
Orientações e encaminhamentos	08
Total	98

Este instrutivo foi construído a partir de uma revisão bibliográfica sobre algumas definições, conceitos, fonte e/ou os fundamentos e a base legal de alguns itens que foram propostos na Matriz 0. Não foi detalhado neste instrutivo, os itens conhecidos e considerados autoexplicáveis.

A estrutura dos itens desse instrutivo acompanha a sequência em que aparecem nos blocos temáticos da ficha social de coleta de dados dos usuários.

BLOCO “I – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO”

O bloco I, denominado Identificação do Usuário, foi composto por 11 itens na Matriz 0 da Ficha Social, e corresponde ao cadastro do usuário do Sistema de Documentação do Paciente (SDP) do INI e é preenchido rotineiramente pelos

funcionários deste serviço. Entretanto, alguns itens podem ser atualizados pelo Serviço Social, como por exemplo, os referentes ao endereço e contatos do usuário.

Nesta matriz 0, foi sugerido que alguns itens sejam incluídos no cadastro, como por exemplo: “procedência do usuário atendido no INI”, “opção de endereço para correspondência”; ou que tenham sua ordem alterada no cadastro, como por exemplo, que o nome social venha identificado antes do nome civil.

ITEM “1.1. Prontuário”

Número do prontuário

ITEM “1.2. Procedência”

Demanda espontânea: Este campo é utilizado para identificar usuários que chegam ao serviço por iniciativa própria ou de terceiros, ou seja, não vieram encaminhados por nenhum outro serviço de saúde, e cujo atendimento não estava programado.

Encaminhamento: Marcar este campo no caso dos usuários que chegam ao serviço por encaminhamento de serviço de saúde público ou privado. Registrar o nome do serviço de saúde, o município/estado e marcar uma das opções (público ou privado).

ITEM “1.4. Identificação”

Nome social:

A Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (BRASIL, 2001a), no inciso I do artigo 4º, garante a “identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir, em todo documento do usuário e usuária, um campo para se registrar o nome social, independentemente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença, ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas”. Considerando as determinações da 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008a) acerca da inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde, a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), que “instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde

Integral, LGBT)”, busca garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde supracitada.

Nacionalidade:

Brasileira: se pessoa nascida no Brasil. Caso seja essa a opção, preencher o item “Naturalidade (cidade/estado)”.

Naturalizada: se pessoa nascida em país estrangeiro e naturalizada como brasileira de forma legal. Caso seja essa a opção, preencher o item "Data de naturalização".

Estrangeira: se pessoa nascida e registrada fora do território brasileiro e que ainda não seja naturalizada brasileira e nem possua documentos de registro e identificação autênticos do Brasil. Nesse caso, preencher os itens "País de nascimento" e "Data de entrada no Brasil".

Raça/cor

As categorias empregadas neste trabalho estão de acordo o que é adotado pela Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015). São consideradas cinco categorias para a pessoa se classificar quanto à característica cor ou raça: branca, preta, amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de origem japonesa, chinesa, coreana etc.), parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) e indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). No caso de indígena, preencher o campo “Etnia”.

Identidade de gênero

De acordo com o Decreto N° 8727, de 28 de abril de 2016 (BRASIL, 2016a), identidade de gênero é a “dimensão da identidade de uma pessoa que diz respeito à forma como se relaciona com as representações de masculinidade e feminilidade e como isso se traduz em sua prática social, sem guardar relação necessária com o sexo atribuído no nascimento”.

Masculino: pessoa que se reconhece como gênero masculino, independente do sexo atribuído ao nascimento.

Feminino: pessoa que se reconhece como gênero feminino, independente do sexo atribuído ao nascimento.

ITEM “1.7. Estado civil”

De acordo com a classificação da PNAD (IBGE, 2015), são cinco as categorias de estado civil:

Casado (a): para a pessoa que tem o estado civil de casada.

Desquitado (a) ou separado (a) judicialmente: para a pessoa que tem o estado civil de desquitada ou separada judicialmente, homologado por decisão judicial.

Divorciado (a): para a pessoa que tem o estado civil de divorciada, homologado por decisão judicial;

Viúvo (a): para a pessoa que tem o estado civil de viúva.

Solteiro (a): para a pessoa que tem o estado civil de solteira.

ITEM “1.8.Natureza da união”

De acordo com a classificação da PNAD (IBGE, 2015), para as pessoas que vivem em companhia de cônjuge ou companheiro (a), a natureza de sua união tem a classificação que segue abaixo, exceto pelo fato da categoria “união consensual com registro em cartório” ter sido adicionada à Matriz. Na prática do Serviço Social, essa informação é importante para efeito de orientações e direitos do companheiro no caso de óbito do cônjuge atendido no INI.

Casamento civil e religioso: para a pessoa que vive em companhia do cônjuge ou companheiro (a) com quem é casada no civil e no religioso, inclusive para a pessoa que, embora só tenha comparecido à cerimônia religiosa, regularizou o ato civil de acordo com a legislação vigente;

Só casamento civil: para a pessoa que vive em companhia do cônjuge ou companheiro (a) com quem é casada somente no civil;

Só casamento religioso: para a pessoa que vive em companhia do cônjuge ou companheiro (a) com quem é casada somente no religioso, em qualquer religião ou culto; ou

União consensual: para a pessoa que vive em companhia do cônjuge ou companheiro (a) com quem não contraiu casamento civil ou religioso.

União consensual com registro em cartório: para a pessoa que vive em companhia do cônjuge ou companheiro (a) com quem não contraiu casamento civil ou religioso, e registrou a união em cartório.

ITEM “1.9. Endereço/local de permanência”

Neste item, é registrado o endereço do domicílio do usuário. Para pessoas ou famílias em situação de rua, os campos devem ser preenchidos com o endereço do local de permanência. Nos casos de pessoas ou famílias em situação de rua que mudam de local de permanência, solicite que elas informem o local onde serão encontradas com maior facilidade ou frequência.

ITEM “1.10. Endereço para correspondência (opcional) ”

Neste item, o preenchimento é opcional. É útil no caso de pessoas que querem preservar o sigilo do tratamento ou diagnóstico, ou para aquelas em situação de rua, dentre outras situações.

BLOCO “II – CONDIÇÃO/SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTORREFERIDA”

O campo denominado Condição/Situação de Saúde Autorreferida deverá ser preenchido com informações oferecidas pelo usuário. Elas sinalizam para a equipe a necessidade de acompanhamento e qual a prioridade a ser estabelecida, para orientações e apresentação dos serviços da Instituição.

ITEM “2.10. Deficiência”

Auditiva: limitação, temporária ou permanente, de natureza auditiva. A deficiência auditiva é caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. É a perda bilateral,

parcial ou total de 41 decibéis (Db) ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz (BRASIL, 2006).

Visual: A deficiência visual é uma situação irreversível da função visual, mesmo após tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos pertinentes e uso de óculos convencionais. A pessoa com deficiência visual, cegueira ou baixa visão tem sua funcionalidade comprometida, com prejuízo na capacidade de realização de tarefas. Deficiência visual é a cegueira cuja acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; casos em que o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60°; ocorrência simultânea de qualquer das condições anteriores (BRASIL, 2006).

Mental: Limitação, temporária ou permanente, de natureza intelectual/cognitiva. A deficiência mental é o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho (BRASIL, 2006).

Física/motora: É a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano que acarreta o comprometimento da função física, apresentando-se sob as formas de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2006).

Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 2006).

ITEM “2.13. Participação em estudos clínicos”

– Direitos dos participantes de pesquisa (BRASIL, 1997, 2004, 2011b, 2012):

1) Receber as informações do estudo de forma clara; 2) Ter oportunidade de esclarecer dúvidas; 3) Ter o tempo que for necessário para a tomada de uma decisão autônoma; 4) Ter liberdade de recusa em participar do estudo; 5) Ter liberdade de

retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; 6) Ter liberdade de retirar o consentimento de uso e guarda do material biológico; 7) Receber assistência (integral e imediata) por danos, de forma gratuita; 8) Requerer indenização por danos; 9) Receber ressarcimento de gastos (incluindo os de acompanhantes); 10) Ter acesso aos resultados dos exames realizados durante o estudo; 11) Solicitar a retirada dos seus dados genéticos de bancos onde estejam armazenados; 12) Ter acesso gratuito pós-estudo ao produto investigacional (quando for o caso); 13) Ter acesso gratuito ao método contraceptivo escolhido (quando for o caso); 14) Receber aconselhamento genético gratuito (quando for o caso); 15) Ter assegurada a confidencialidade dos seus dados; 16) Ter assegurada a sua privacidade; e 17) Receber uma via do TCLE (assinada e rubricada pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador).

ITEM “2.19. Uso de Drogas”

Este item considera o uso ou não de drogas sem recomendação médica, para efeito de tratamento clínico, ou o uso de forma abusiva.

As drogas podem ser classificadas, por exemplo de acordo com a lei em lícitas ou ilícitas, ou por outras categorizações.

De acordo com os seus efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), elas são classificadas em: depressoras, estimulantes e perturbadoras (BRASIL, 2013).

Depressoras: causam diminuição da atividade global com conseqüente tendência de redução da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo muito comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, aumento da sonolência.

Estimulantes: aumentam a atividade dos sistemas neuronais, e tem como conseqüências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

Perturbadoras: causam alterações no funcionamento cerebral provocando efeitos psíquicos anormais, como delírios e alucinações.

ITEM “2.20. Em caso do uso de droga, nos últimos 06 meses fez uso de:”

As drogas foram listadas neste item de acordo com os seus efeitos sobre o SNC.

Abaixo, é apresentado um quadro 1 com as funções e os nomes conhecidos popularmente das drogas de acordo com os seus efeitos sobre o SNC.

DEPRESSORAS

álcool: o álcool etílico é a droga psicotrópica de uso e abuso mais disseminada.

barbitúrico: usado como sedativo

butabarbital: sedativo-hipnótico

fenobarbital: antiepilético

benzodiazepínicos: sedativos com função ansiolítica; diazepam (Valium®), lorazepam (Lorax®), bromazepam (Lexotam®), midazolam (Dormonid®), flunitrazepam (Rohypnol®), clonazepam (Rivotril®) cloxazolam (Olcadil®).

opiáceos ou narcóticos: nomes populares= ópio, morfina, heroína, codeína, meperidina etc

inalantes ou solventes: populares= colas, tintas, removedores, acetona etc

ESTIMULANTES

tabaco: cigarro, charuto, cigarra de palha, rapé, fumo de rolo

anfetaminas: metanfetamina, dietilpropiona, fenproporex etc; nomes populares= bolinha, bola, rebite, cristal

cocaína/crack/merla: produto (coca) consumido na forma de pó, ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea; o crack é a cocaína na forma de uma base que é consumida como fumo; merla é a pasta de coca, que também pode ser fumada.

PERTURBADORAS

maconha: haxixe, erva, baseado, marijuana

coqumelos: psilocibina

plantas alucinógenas: santo daime; vinho de jurema; trombeta, trombeteira, lírio, zabumba, cartucho, estramônio ou saia branca)

LSD-25

êxtase: MDMA, ecstasy, XTC, ADAM, pílula do amor, bala

anticolinérgicos sintéticos: são capazes de bloquear as ações da acetilcolina, um neurotransmissor encontrado no SNC e no Sistema Nervoso Periférico (SNP) e que induz efeitos alucinógenos. Exemplos: Artane®, Bentyl®

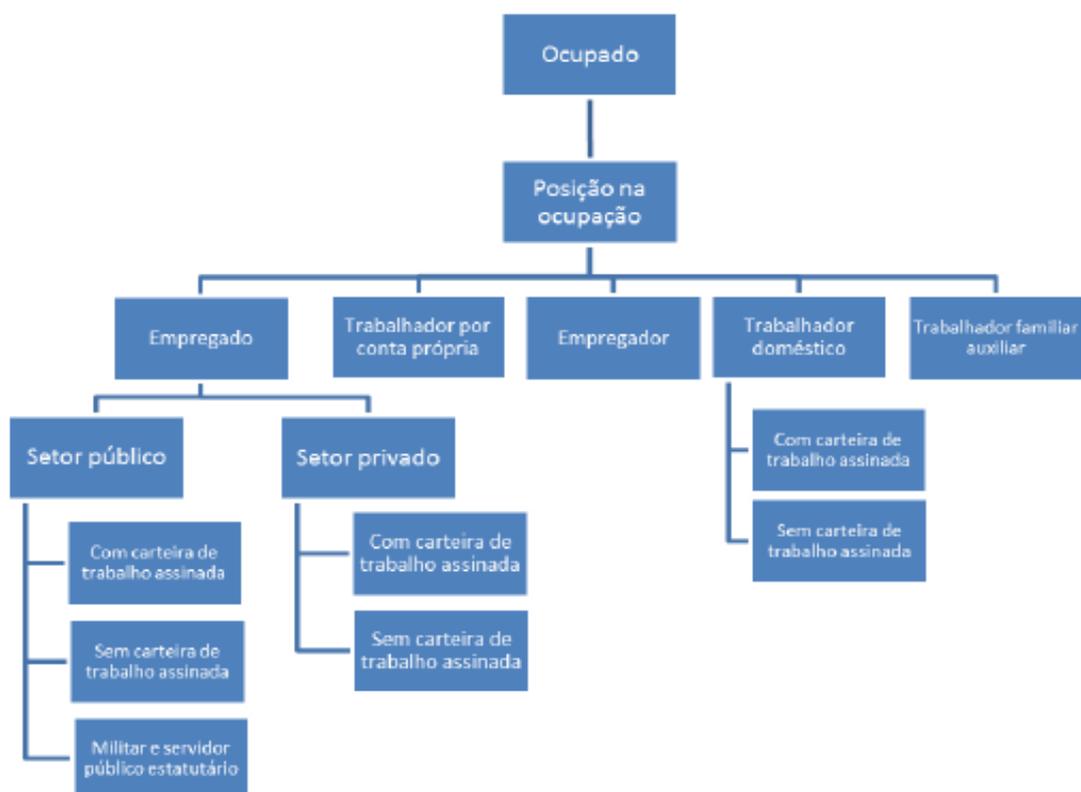
ITEM “2.24. Principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento”

A adesão transcende à simples ingestão de medicamentos. Deve ser entendida como um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que está sob tratamento, a equipe de saúde e a rede social (BRASIL, 2007).

BLOCO “III – CONDIÇÃO/SITUAÇÃO DE TRABALHO E DIREITOS SOCIAIS”

O campo denominado Condição/Situação de Trabalho e Direitos Sociais deverá ser preenchido com informações oferecidas pelo usuário. Essas informações sinalizam para os profissionais se há necessidade ou não de orientações quanto aos direitos sociais que o usuário ou sua família possuem.

Os conceitos adotados estão de acordo com a Pesquisa Nacional por Domicílios Contínua, 4º. trimestre de 2016 (PNAD contínua) (IBGE, 2016) e com a PNAD 2013 (IBGE, 2015), sintetizados no fluxograma a seguir:



Classificação da população ocupada, de acordo com a posição na ocupação e a categoria de emprego (IBGE, 2016).

De acordo com a PNAD Contínua (IBGE, 2016), é classificada como ocupada a pessoa que exerce “trabalho remunerado em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, treinamento etc.) ou em trabalho sem remuneração direta em ajuda à atividade econômica de membro do domicílio ou, ainda, as pessoas que tinham trabalho remunerado do qual estavam temporariamente afastadas”.

ITEM “3.1. Profissão/Ocupação”

Profissão: profissão na qual a pessoa é formada ou habilitada.

Ocupação: ocupação é o cargo, função, profissão ou ofício que a pessoa está exercendo no momento atua (IBGE, 2016).

Obs.: No caso de pessoas que exercem a função de “donas de casa” ou “do lar”, registrar essa informação no campo “Ocupação”.

ITEM “3.2. Posição na ocupação”

Posição na ocupação refere-se à relação de trabalho existente entre a pessoa e o empreendimento em que trabalha (IBGE, 2015, 2016). As classificações são:

Empregado: Pessoa que trabalha para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente, obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo em contrapartida uma remuneração em dinheiro, mercadorias, produtos ou benefícios (moradia, comida, roupas etc.). Nesta categoria, é incluída a pessoa que presta o serviço militar obrigatório e, também, o sacerdote, ministro de igreja, pastor, rabino, frade, freira e outros clérigos.

Trabalhador doméstico: Pessoa que presta serviço doméstico remunerado em dinheiro ou somente em benefícios, em uma ou mais unidades familiares (diarista, jardineiro, babá, motorista, cuidador, etc).

Trabalhador por conta própria: Pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio, sem ter empregado ou contando, ou não, com a ajuda de trabalhador não remunerado.

Empregador: Pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento com, pelo menos, um empregado.

Trabalhador familiar não remunerado: Pessoa que trabalha sem remuneração, em apoio a membro da unidade domiciliar que é empregado na produção de bens primários (que compreende as atividades da agricultura, silvicultura, pecuária, extração vegetal ou mineral, caça, pesca e piscicultura), por conta própria ou empregador. Por exemplo, quem trabalha ajudando ao pai que é comerciante, ou agricultor.

ITEM “3.2. Situação trabalhista” (IBGE, 2015, 2016)

Trabalhador do setor público com carteira de trabalho assinada ou não: Pessoa que mantém vínculo de trabalho profissional com os órgãos e entidades governamentais, integrados em cargos ou empregos de qualquer delas: União, estados, Distrito Federal, municípios e suas respectivas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, e que tem a carteira de trabalho e previdência social (CTPS) assinada ou não.

Militar: servidor público integrante das forças armadas (Exército, Marinha, Aeronáutica) ou das forças auxiliares (Polícia Militar, Corpo de Bombeiros).

Servidor público estatutário: servidor público regido pelo Estatuto dos Funcionários Públicos (federais, estaduais e municipais ou de autarquias).

Trabalhador do setor privado com carteira de trabalho assinada ou não: Pessoa que trabalha com carteira assinada ou não para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente, obrigando-se ao cumprimento de jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, remuneração em dinheiro.

Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada ou não: Pessoa que presta serviço doméstico remunerado em dinheiro ou somente em benefícios, em uma ou mais unidades familiares, com carteira de trabalho e previdência social assinada ou não.

Desempregado: Pessoa que se encontra desempregada, sem nenhuma fonte de renda ou recebendo seguro-desemprego e à procura de trabalho.

BLOCO “IV – CONDIÇÃO/SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA”

ITEM “4.1. Arranjos familiares”

Na contemporaneidade, a família se apresenta sob diversos arranjos. Supera os parâmetros da consanguinidade e do parentesco e apresenta uma perspectiva mais ampla, baseada na convivência e nas relações mútuas de cuidados e proteção entre pessoas que constituíram laços afetivos entre si.

Segundo a literatura sobre o tema (FREITAS; BRAGA; BARROS, 2010; ROSA, 2011), os principais arranjos familiares identificados na contemporaneidade:

Unipessoal: uma só pessoa morando sozinha, solteira, viúva, separada ou divorciada, inclusive casada, com residência diversa de seu cônjuge.

Conjugal: casal de pessoas de sexo diferente, com ou sem filhos

Conjugal Ampliada: pais, sogros, genros, noras, irmãos, cunhadas, agregados

Monoparental feminina: mãe com filhos

Monoparental masculina: pai com filhos

Homoafetiva: constituída por pares do mesmo sexo, com ou sem filhos

ITEM “4.4. Situação de moradia” (BRASIL, 2016b; IBGE, 2015)

Imóvel próprio quitado: domicílio de propriedade, total ou parcial, de morador, integralmente quitado, independentemente da condição de ocupação do terreno;

Imóvel próprio em aquisição: domicílio de propriedade, total ou parcial, de morador, que não está integralmente quitado, independentemente da condição de ocupação do terreno;

Alugado: domicílio cujo aluguel é, totalmente ou parcialmente, pago por morador;

Cedido: domicílio cedido gratuitamente por empregador de morador, instituição ou pessoa não moradora (parente ou não), ainda que mediante uma taxa de ocupação ou conservação. Nesta condição, é incluído o domicílio cujo aluguel é integralmente pago, diretamente ou indiretamente, por empregador de morador, instituição ou pessoa não moradora;

Ocupação: Domicílio em área pública ou privada cuja ocupação se deu sem regularização formal.

Situação de rua: A população em situação de rua forma um grupo heterogêneo, em situação de vulnerabilidade. Não apresenta moradia convencional regular, utilizando a rua como espaço de moradia, por condição temporária ou de forma permanente.

ITEM “4.5. Tipo de domicílio” (BRASIL, 2016b)

Casa: Edificação de um ou mais pavimentos, desde que ocupada integralmente por um único domicílio, com acesso direto a um logradouro (arruamento, vila, avenida, caminho etc.), legalizada ou não, independentemente do material utilizado em sua construção.

Apartamento: Localizado em edifício de um ou mais andares, com mais de um domicílio, servido por espaços comuns (hall de entrada, escadas, corredores, portaria ou outras dependências). O domicílio localizado em um prédio de dois ou mais andares em que as demais unidades não são residenciais e, ainda, aquele localizado em edifício de dois ou mais pavimentos com entradas independentes para os andares são considerados como apartamentos.

Cômodo: Habitação que se caracteriza pelo uso comum de instalações hidráulica, elétrica e/ou sanitária (banheiro, cozinha etc.), composta por um ou mais aposentos localizados em uma casa de cômodos, cortiço, cabeça de porco etc.

ITEM 4.7. “Material predominante nas paredes externas do domicílio” (BRASIL, 2016b)

Alvenaria/tijolo: Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe (tijolo grande e cru feito de terra argilosa, seco ao sol) e/ou pedra, com revestimento ou não.

Taipa: Domicílio feito predominantemente de barro ou cal e areia, utilizando varas de madeira, estuque (massa preparada com gesso, água e cola) ou pau a pique (técnica que consiste no entrelaçamento de madeiras verticais fixadas no solo, com vigas horizontais, geralmente de bambu, amarradas entre si por cipós, dando origem a um grande painel perfurado que, após ter os vãos preenchidos com barro, se transforma em parede), revestidas ou não.

ITEM 4.8. “Número de cômodos”

Cômodos são os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas e outros compartimentos utilizados para fins não residenciais como garagens, depósitos etc. (BRASIL, 2016b).

ITEM “4.12. Tipo de acesso ao domicílio” (BRASIL, 2016b)

Pavimentado: Trecho que dá acesso ao domicílio predominantemente provido de asfalto, paralelepípedos, lajotas, entre outros materiais para pavimentação urbana.

Chão batido: Trecho que dá acesso ao domicílio predominantemente de terra socada e/ou trilhas, sem nenhum tipo de revestimento.

Fluvial: Para se chegar ao domicílio, é necessário utilizar meios de transporte fluviais, como canoa, barco, balsa etc.

ITEM “4.15. Disponibilidade de energia elétrica residencial” (BRASIL, 2016b)

Informa a existência de energia elétrica no domicílio.

ITEM “4.19. Forma de escoamento do banheiro ou sanitário” (BRASIL, 2016b)

Rede coletora de esgoto ou pluvial: Quando a canalização das águas e dos dejetos provenientes do banheiro ou do sanitário estiver ligada a um sistema de coleta que os conduza a um desaguadouro geral da área, região ou município, mesmo que o sistema não disponha de estação de tratamento da matéria esgotada.

Fossa séptica: Quando a canalização das águas e dos dejetos provenientes do banheiro ou do sanitário estiver ligada a uma fossa séptica, ou seja, a matéria é esgotada para uma fossa próxima, passando por processo de tratamento ou decantação.

Fossa rudimentar: Quando os dejetos provenientes do banheiro ou do sanitário forem esgotados para uma fossa rústica (fossa negra, poço, buraco etc.), sem passar por nenhum processo de tratamento.

Direto para um rio, lago ou mar: Quando os dejetos ou águas provenientes do banheiro ou do sanitário forem esgotados diretamente para um rio, lago ou mar.

Céu aberto: Quando os dejetos ou águas provenientes do banheiro ou do sanitário forem esgotados diretamente para uma vala a céu aberto.

ITEM “4.35. Informar orientação sexual”

Orientação sexual é “a atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa sente pela outra. A orientação sexual existe num continuum que varia desde a homossexualidade exclusiva até a heterossexualidade exclusiva, passando pelas diversas formas de bissexualidade” (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004).

Heterossexual: Pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas do sexo oposto.

Homossexual (gay/lésbica): Pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas do mesmo sexo. Homens homossexuais são chamados de gays. Mulheres homossexuais são chamadas de lésbicas.

Bissexual: Pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas de ambos os sexos.

Transexuais: são pessoas que não aceitam o sexo que ostentam anatomicamente. Sendo o fato psicológico predominante na transexualidade, o indivíduo. Identifica-se com o sexo oposto, embora dotado de genitália externa e interna de um único sexo.

BLOCO “V – ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS”

ITEM “5.7. Sugestões para o Projeto Terapêutico Singular”

"O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (...). Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.)" (BRASIL, 2008b).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Decreto no. 8727, de 28 de abril de 2016a**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8727.htm>.

Acesso em: 4 mar. 2017.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013b. 450 p., il., grafs., tabs. Inclui bibliografia.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.836, de 1° de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 6 mar. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 246 p.

_____. **Resolução CNS No. 251, DE 07 DE AGOSTO DE 1997**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0251_07_08_1997.html>. Acesso em: 3 set. 2017.

_____. **Resolução No. 340, DE 8 DE JULHO DE 2004**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0340_08_07_2004.html>. Acesso em: 3 set. 2017.

_____. **Resolução CNS No. 441, de 12 de maio de 2011b**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2011/Reso441.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2017a.

_____. **Resolução No. 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS - Versão 2.1** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 171 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 8 set. 2017.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 346 p.

_____. Núcleo da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 60 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com VIH e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 31 p.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2017

FREITAS, R. C. S.; BRAGA, C. D.; BARROS, N. Famílias e Serviço Social – Algumas Reflexões para o Debate. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (Org.). **Família & Famílias: Práticas Sociais e Conversações Contemporâneas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 15–38.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios : síntese de indicadores 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 367 p.

APÊNDICE E – FICHA SOCIAL APRIMORADA

Fundação Oswaldo Cruz
 Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
 Serviço Social

FICHA SOCIAL APRIMORADA

I – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1. Identificação:

Nome social: _____

Nome civil: _____

Nacionalidade:

brasileira Naturalidade (cidade e estado): _____

naturalizado(a) estrangeiro(a)

País de nascimento: _____ Data de naturalização: ____/____/____

Nome da mãe: _____ Desconhecido

Nome do pai: _____ Desconhecido

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ idoso (≥ 60 anos)

Raça/cor: branca preta amarela parda indígena Etnia: _____

Identidade de gênero: masculino feminino

1.2. Prontuário: _____

1.3. Procedência:

Demanda espontânea

Motivo informado (nas palavras do usuário): _____

Encaminhamento Não se aplica Não sabe informar

Nome do Serviço de Saúde: _____

Município/Estado: _____

Público Privado

1.4. Plano de saúde privado:

não sim Plano: _____

1.5. Documentos:

RG: _____ Órgão: _____ Data de emissão: _____ Não tem Não sabe informar

CPF: _____ Não tem CPF Não soube informar

Cartão Nacional do SUS: _____ Não tem CNSUS Não sabe informar

1.6. Escolaridade

não alfabetizado ensino fundamental incompleto ensino fundamental completo
 ensino médio incompleto ensino médio completo ensino superior incompleto
 ensino superior completo pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado) escolarizado pela rede não oficial de ensino ensino não sabe informar

Anos de estudo: _____

1.7. Estado civil

casado(a) desquitado(a)/separado(a) judicialmente divorciado(a) viúvo(a) solteiro(a)

1.8. Natureza da união

casamento civil e religioso só casamento civil só casamento religioso união consensual
 união consensual com registro em cartório outros

1.9. Endereço/local de permanência:

Tipo de logradouro: _____ Logradouro: _____

Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____

Comunidade: _____

Ponto de referência: _____

Município: _____ UF: _____ País: _____

CEP: _____

1.10. Endereço para correspondência (opcional):

Tipo de logradouro: _____ Logradouro: _____

Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Comunidade: _____

Ponto de referência: _____

Município: _____ UF: _____ País: _____ CEP: _____

1.11. Contatos

Nome: _____

Fone residencial: _____ Trabalho: _____ Celular: _____

Vínculo: _____

II – CONDIÇÃO/SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTORREFERIDA

2.1. Principais doenças em tratamento no INI:

- HIV/AIDS HTLV tuberculose dengue zika chikungunya leptospirose influenza
 ebola febre amarela varicela toxoplasmose malária doença de Chagas leishmaniose
 esporotricose criptococose paracoccidiodomicose acidente com animal peçonhento
 não sabe outras Qual: _____

2.2. Descoberta da doença:

- adoecimento adoecimento de familiar exame de rotina doação de sangue pré-natal
 outros: _____

2.3. Sigilo da doença (diagnóstico):

- sim não

2.4. Em caso de não haver sigilo, ou do sigilo ser parcial, quem conhece o diagnóstico:

- cônjuge/companheiro familiares amigos

Nome(s): _____

2.5. Outras doenças:

asma câncer doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) diabetes hanseníase
hipertensão arterial insuficiência cardíaca insuficiência renal
outras:_____ não se aplica

2.6. Acompanhamento psicológico:

sim não interrompido Em caso de interrupção, motivo:_____

2.7. Em caso de acompanhamento psicológico, local do acompanhamento:

INI outro Em caso de outro, unidade de saúde de referência:_____

2.8. Acompanhamento psiquiátrico:

sim não interrompido Em caso de interrupção, motivo:_____

2.9. Em caso de acompanhamento psiquiátrico, local do acompanhamento:

INI outro Em caso de outro, unidade de saúde de referência:_____

2.10 Deficiência:

não se aplica auditiva visual mental física/motora múltipla
outra:_____ motivo:_____

2.11. Em caso de deficiência, equipamento que utiliza:

cadeira de rodas andador muletas aparelho auditivo outros:_____

2.12. Ocorrência de internação nos últimos 12 meses:

sim não

2.13. Em caso de ocorrência de internação:

Instituição: INI outra:_____ Motivo:_____

2.14. Participação em pesquisa clínica:

sim não

2.15. Em caso de participação em pesquisa clínica, instituição onde participa/participou e título(s) da pesquisa(s):

Instituição: INI outra: _____

Título: _____

não sabe informar

2.16. Necessidade de cuidados de saúde contínuos:

sim não

2.17. Em caso de necessidade de cuidados de saúde contínuos, motivos:

cadeirante idoso(a) acamado outros: _____

2.18. Em caso de necessidade de cuidados de saúde contínuos, relação com o principal cuidador:

cônjuge/companheiro(a) filho(a) genro nora neto(a) amigo(a) não tem cuidador

outros: _____ não se aplica

unidade de saúde de referência: _____

2.19. Número de refeições diárias:

01 02 03 04 5 ou mais

2.20. Considera satisfatório o acesso diário às principais refeições (café da manhã, almoço, janta):

sim não Motivo: _____

2.21. Em caso afirmativo, explique por que considera satisfatório:

2.22. Uso de drogas:

sim não não declarado

2.23. Em caso do uso de droga, nos últimos 06 meses fez uso de:

Depressoras

álcool barbitúrico butabarbital fenobarbital benzodiazepínicos opiáceos ou narcóticos inalantes ou solventes; Freqüência de uso:_____

Estimulantes

tabaco anfetaminas cocaína crack merla Freqüência de uso:_____

Perturbadoras

maconha cogumelos plantas LSD-25 êxtase anticolinérgicos

outros_____ Freqüência de uso:_____

2.24. Tratamento para dependência química:

sim não

2.25. Em caso afirmativo de tratamento para dependência química, tipo e nome da instituição onde faz acompanhamento:

pública privada filantrópica

Local:_____

2.26. Uso de preservativo nas relações sexuais:

sempre algumas vezes não usa não declarado

2.27. Motivos para o não uso do preservativo nas relações sexuais:

relacionamento com único parceiro(a) vergonha de pedir ao parceiro(a) para usar o preservativo nem sempre tem preservativo disponível parceiro(a) não aceita não acha necessário usar o preservativo sem atividade sexual não gosta de usar

outros:_____

2.28. Adesão ao(s) tratamento(s) no momento atual:

sim não em início de tratamento

2.29. Em caso afirmativo, a adesão é contínua para todos os tratamentos realizados:

sim não

Histórico de adesão ao tratamento (geral, para todas as doenças que apresenta):

contínua descontínua

2.30. Histórico de adesão ao tratamento (parcial, para todas as doenças que apresenta):

contínua descontínua

2.31. Principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento:

Fatores relacionados à doença e ao tratamento:

- complexidade do esquema terapêutico (o número de doses, o número de drogas)
- efeitos colaterais do tratamento informações insuficientes sobre a enfermidade e o tratamento;
- necessidade de modificação dos hábitos/estilo de vida por conta do tratamento
- outros: _____
- não se aplica

Fatores socioeconômicos:

- condição econômica precária custo financeiro do tratamento/terapêutica baixa escolaridade
- dificuldade na manutenção de vínculo e relações de trabalho (por conta de ausências para consulta, exames, internação, mal estar, discriminação e estigmatização) impacto da doença na renda, no trabalho (formal ou informal) medo da perda de garantia do posto de trabalho
- outros: _____
- não se aplica

Fatores individuais e psicossociais:

- idade limitação física presença de transtornos mentais (depressão, ansiedade,...) abuso de álcool e outras drogas baixo nível de conhecimento sobre a doença e ao regime terapêutico (receita, esquema terapêutico,...) falta de apoio de pessoas significativas (família, amigos, comunidade,...) dificuldades de organização para adequar as exigências do tratamento às rotinas diárias crenças negativas relacionadas ao tratamento preconceito/estigmatização
- não aceitação do diagnóstico
- outros: _____

não se aplica

Fatores relacionados ao serviço /ou profissionais de saúde:

deficiência ou ausência de programas de suporte social (grupo de adesão, programa de apoio social e financeiro (alimentação, transporte...)) interação insatisfatória com o médico
 interação insatisfatória com os demais profissionais da equipe de saúde insatisfação com os serviços prestados pela instituição

outros: _____

não se aplica

III – CONDIÇÃO/SITUAÇÃO DE TRABALHO E DIREITOS SOCIAIS

3.1. Profissão: _____ **Ocupação:** _____

3.2. Posição na ocupação:

empregado trabalhador doméstico trabalhador por conta própria empregador
 trabalhador familiar não remunerado outros: _____

3.3. Situação trabalhista:

No caso de empregado: trabalhador do setor público com carteira de trabalho assinada
 trabalhador do setor público sem carteira de trabalho assinada militar servidor público estatutário trabalhador do setor privado com carteira de trabalho assinada trabalhador do setor privado sem carteira de trabalho assinada

No caso de trabalhador doméstico: trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada

trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada

desempregado

outros: _____

3.4. Vínculo previdenciário:

sim não

3.5. Benefício Previdenciário:

sim não

3.6. Em caso de receber Benefício Previdenciário, tipo de benefício:

- auxílio-doença auxílio acidente de trabalho aposentadoria pensão seguro-desemprego
 outro _____

3.7. Em caso de receber aposentadoria, tipo de aposentadoria:

- por invalidez por idade por tempo de contribuição

3.8. Benefício Assistencial:

- sim não

3.9. Em caso de receber Benefício Assistencial, tipo de benefício:

- Bolsa Família - Valor: R\$ _____
 Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social/BPC/LOAS
 não se aplica

3.10. Rendimento mensal individual em salários mínimos (SM), nos últimos 06 meses:

- sem rendimentos inferior a 1 SM 1 SM 1,5 SM 2 SM 2,5 SM 3 SM
 3,5 SM 4 SM 4,5 SM 5 A 10 SM 11 a 20 SM + de 20 SM Não declarado

3.11. Rendimento mensal familiar em salários mínimos (SM), nos últimos 06 meses:

- sem rendimentos inferior a 1 SM 1 SM 1,5 SM 2 SM 2,5 SM 3 SM
 3,5 SM 4 SM 4,5 SM 5 A 10 SM 11 a 20 SM + de 20 SM não declarado

3.12. Situação em relação à renda familiar

- principal responsável dependente contribui com a renda familiar não contribui

3.13. Apoio social:

- sim não

3.14. Em caso de receber Apoio Social, tipo do apoio:

- aluguel social ajuda de familiar cesta básica auxílio em dinheiro ou material de grupo religioso não se aplica

IV – CONDIÇÃO/SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

4.1. Arranjos familiares:

unipessoal conjugal conjugal ampliada monoparental feminina monoparental masculina homoafetiva outros: _____

4.2. Composição familiar:

Nome	Idade	Vínculo	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Renda

4.3. Em caso de crianças de 0 a 12 anos na família, responsável:

próprio usuário outro adulto adolescente outra(s) criança(s) fica sozinha creche não se aplica outro: _____

4.4. Situação de moradia:

imóvel próprio quitado imóvel próprio em aquisição imóvel alugado imóvel cedido ocupação em situação de rua outros: _____

4.5. Tipo de domicílio:

casa apartamento cômodo quitinete outros: _____

4.6. Tempo de residência no domicílio:

menos de 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos mais de 5 anos

4.7. Material predominante nas paredes externas do domicílio:

alvenaria/tijolo taipa madeira outros: _____

4.8. Número de cômodos:

01 02 03 04 05 mais de 05

4.9. Entrada de luz natural e ventilação nos cômodos:

sim não parcial

4.10. Número de pessoas que moram no domicílio:

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 mais de 10

4.11. Localização do domicílio:

área urbana área rural

4.12. Tipo de acesso ao domicílio:

pavimentado chão batido fluvial outro: _____

4.13. Dificuldade de acesso para chegar/sair ao/do domicílio:

sim não

4.14. Em caso de dificuldade de acesso para chegar/sair ao/do domicílio, tipo de dificuldade:

violência urbana local alto (morro) escadas ruas estreitas beco valões
outro: _____

4.15. Disponibilidade de energia elétrica residencial:

sim não

4.16. Abastecimento de água:

rede encanada até o domicílio poço/nascente no domicílio cisterna carro pipa
outro: _____

4.17. Tipo de água consumida no domicílio:

mineral filtrada fervida clorada sem tratamento

4.18. Forma de escoamento do banheiro ou sanitário:

rede coletora de esgoto ou pluvial fossa séptica fossa rudimentar direto para o rio, lago ou mar céu aberto outra forma _____

4.19. Destino do lixo:

coletado queimado/enterrado céu aberto outro _____

4.20. Serviços disponíveis à comunidade:

agência bancária associação de moradores Centro de Referência Social (CRAS) clínica da família comércio em geral correios creche escola pública hospital/pronto socorro igrejas iluminação pública posto de saúde posto policial/delegacia praça serviços de proteção a mulheres crianças e idosos transporte público Unidade de Pronto Atendimento (UPA) outros _____

4.21. Lazer disponível à comunidade:

atividade esportiva cinema clubes dança escola de samba leitura locais religiosos música praças, parques, jardins praia shopping center teatro TV visita a familiares e amigos outros _____

4.22. Em caso de usuário em situação de rua, é acompanhado por outra instituição de saúde:

sim não não se aplica

4.23. Em caso afirmativo, nome da instituição de saúde:

Instituição: _____

4.24. Tempo em situação de rua:

menos de 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos mais de 5 anos

4.25. Referência familiar:

sim não Em caso afirmativo, nome: _____

4.26. Em caso de usuário em situação de rua, origem da alimentação:

- restaurante popular doação de restaurante doação de grupo religioso doação popular
 outra: _____

4.27. Em caso de usuário em situação de rua, dispõe de local para higiene pessoal:

- sim não

4.28. Em caso de usuário em situação de rua, dispõe de local para dormir:

- sim não

4.29. Em caso afirmativo, local de pernoite:

- abrigo público praça outros: _____

4.30. Meio de transporte utilizado para vir ao INI:

- transporte público veículo próprio veículo de familiar táxi veículo de amigo/conhecido transporte Institucional do INI motocicleta bicicleta transporte do Programa de Tratamento Fora Domicílio Intermunicipal não declarado
 outros _____

4.31. Passe livre:

- sim não em processo de solicitação não tem interesse ainda vai solicitar o diagnóstico não dá direito ao passe livre vencido diagnóstico recente
 outros _____

4.32. Tipo de Passe livre:

- vale social intermunicipal riocard especial idoso

4.33. Direito a Passe livre para acompanhante:

- sim não

4.34. Necessidade de acompanhante para vir às consultas/exames no INI:

permanente às vezes não

4.35. Motivo da necessidade de acompanhante para vir às consultas/exames no INI:

cadeirante idoso acamado outros_____ não se aplica

4.36. Informar orientação sexual:

sim não

4.37. Orientação sexual:

heterossexual homossexual bissexual transexual outros_____

4.38. Religião/crença:

não tem não declarou adventista budista candomblecista católica evangélica

islâmica judaica kardecista testemunha de Jeová umbandista

outros_____

4.39. Restrição a algum procedimento médico por motivo de religião:

sim não

4.40. Participação em grupo de controle social e/ou organização comunitária:

sim não

4.41. Em caso afirmativo, qual o grupo de controle social e/ou organização comunitária:

Associação Lutando para Viver Amigos do INI associação de moradores Conselho de Saúde/Assistência Social/Educação grupo de auto ajuda igreja

outros_____

4.42. Presenciou situação de preconceito no atendimento prestado pelos serviços de saúde:

sim não

4.43. Tipo de preconceito presenciado:

gênero idade orientação sexual por ter estado privado de liberdade por ser dependente de drogas por ser portador do Vírus HIV/Aids por estar com Tuberculose por estar com hanseníase por ter doença crônica racial religioso situação socioeconômica outros_____ não se aplica

4.44. Vítima de preconceito no atendimento prestado pelos serviços de saúde:

sim não

4.45. Tipo de preconceito sofrido:

gênero idade orientação sexual por ter estado privado de liberdade por ser dependente de drogas por ser portador do Vírus HIV/Aids por estar com Tuberculose por estar com hanseníase por ter doença crônica racial religioso situação socioeconômica outros_____ não se aplica

4.46. Vítima de algum tipo de violência:

sim não

4.47. Ambiente onde sofreu a violência:

na rua no transporte coletivo em casa na escola no local de trabalho na comunidade outros:_____

4.48. Informações fornecidas por:

usuário ou paciente familiar companheiro (a) amigos prontuário do INI instituição de origem outros_____

V. ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

5.1. Orientação sobre serviços e direitos:

Bolsa família BPC/LOAS direitos do usuários do SUS direitos e responsabilidades do usuário no INI direitos previdenciários direitos dos participantes em Pesquisa Clínica direitos dos soropositivos organização dos serviços do INI papel da Ouvidoria da Fiocruz outros:_____

5.2. Orientações fornecidas:

verbalmente escrita

5.3. Encaminhamentos das principais demandas identificadas:

	Tipo de encaminhamento	
1	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)	
2	Abrigo	
3	Acompanhamento pelo Serviço Social no ambulatório do INI	
4	Adesão ao Tratamento	
5	Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência	
6	Benefício Previdenciário	
7	Bolsa Família	
8	Cadastro único do Governo Federal (Cad Único)	
9	Casa de Apoio	
10	Centro Espec. de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica	
11	Cento de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)	
12	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	
13	Centro de Cidadania LGBT/Rio sem Homofobia	
14	Cesta Básica - Associação Lutando para Viver Amigos do INI	
15	Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência (CIAD)	
16	Centro de referência De Assistência Social (CRASS)	
17	Centro de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)	
18	Conselho Tutelar	
19	Consulta à Previdência Social	
20	Doação para transporte - Associação Lutando para Viver Amigos do INI	
21	Notificação de violência contra as mulheres	
22	Notificação de violência contra crianças e adolescentes	
23	Passe Livre	
24	Estratégia de Saúde da Família	
25	Programa de Tratamento Fora Domicílio (PTFD)	
26	Segunda via da Carteira de Identidade	
27	Segunda via do Cadastro da Pessoa Física (CPF)	
28	Sem indicação de encaminhamento no momento da entrevista	
29	Serviço de Atenção Domiciliar	
30	Serviço de psicologia do INI	
31	Unidade de Referência da Assistência Social (SUAS)	
32	Unidade de saúde de referência	

Outros: _____

5.4. Em caso de internação, avaliação do processo da alta social:

não apresenta dificuldades apresenta dificuldades

5.5. Motivo da dificuldade para a alta social:

questão socioeconômica ausência de vínculos familiares dependente de cuidados contínuos cidadão em situação de rua estrangeiro outros não se aplica

5.6. Número de internações anteriores: _____

5.7. Sugestões para o Projeto Terapêutico Singular:

Local e data: _____

Nome do entrevistador: _____