

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCÉLIA GÓIS DE OLIVEIRA ARRUDA

**CARACTERIZAÇÃO DA JORNADA DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E SUA
FAMÍLIA NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA NO CONTEXTO DA COVID-19:
NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
COM OS TERRITÓRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Eusébio-CE

2022

LUCÉLIA GÓIS DE OLIVEIRA ARRUDA

CARACTERIZAÇÃO DA JORNADA DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E SUA FAMÍLIA NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA NO CONTEXTO DA COVID-19: NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM OS TERRITÓRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de qualificação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Coorientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Educação na Saúde

Eusébio-CE

2022

Título do trabalho em inglês: Characterization Of The Journey Of Experience Of Patients And Their Family At The Hospital General De Fortaleza In The Context Of Covid-19: Information and communication needs of the social service with the family health strategy territories.

A779c Arruda, Lucélia Gois de Oliveira.

Caracterização da Jornada da Experiência do Paciente e sua Família no Hospital Geral de Fortaleza no Contexto da Covid-19: Necessidades de Informação e Comunicação do Serviço Social com os Territórios da Estratégia de Saúde da Família / Lucélia Gois de Oliveira Arruda. -- 2022.

86 f. : il. color.

Orientador: Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

Coorientadora: Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

Dissertação (Mestrado Profissional em Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde (RENASF)), Eusébio, 2022.

Bibliografia: f. 13-65.

1. Infecções por Coronavírus. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Serviço Social. 4. Tecnologia da Informação. 5. Comunicação. I. Título.

CDD 616.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Camila Victor Vitorino Holanda Victor Vitorino Holanda - CRB-1126

Biblioteca Fiocruz Ceará

LUCÉLIA GÓIS DE OLIVEIRA ARRUDA

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de qualificação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ-CE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

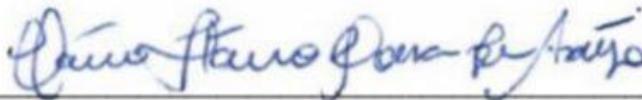
Banca Examinadora



Presidente/Orientador

Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Fiocruz/CE



Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo

Fiocruz/CE

Assinado por: **Cláudia Alexandra da Cunha Pernencar**

Num. de Identificação: 10295409

Data: 2022.10.14 20:01:21 +0100

Dra. Cláudia Alexandra da Cunha Pernencar

ICNOVA- Instituto de Comunicação da Universidade Nova Lisboa

Data da Aprovação: 14 de outubro de 2022

Eusébio-CE

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por me abençoar com o milagre da cura. Foram tantos desafios e dificuldades que tive de enfrentar, tantas lágrimas derramadas e alegrias compartilhadas, as quais foram necessárias para a construção do que sou hoje. Quantas vezes senti ele pegando em minhas mãos quando eu não tinha força para caminhar.

Como passou rápido e estou concretizando mais um sonho em minha vida. Lembrome do início, o medo de não conseguir, mas existiram pessoas-chave nesse processo: Meu amigo Dr. Moacir Soares, Ex-secretário de Saúde de Caucaia, por me encorajar e apoiar; Dra. Vilalba Carlos, uma amiga e ex-chefe que o SUS me deu!; E a Dra. Idalice, por somar e orientar quando tudo começou!

À minha amada família, presente do Céu para me ajudar! Aos meus pais, minha base para lutar. Minhas irmãs Luciana, Leticia e Luana, por torcerem sempre por cada conquista! Ao meu esposo, por sentir de perto e me dar forças quando mais precisei. Ao meu sogro por celebrar todas as conquistas ao nosso lado!

Às grandes amigas Lilian, Líbia, Luciana, Lorena e Gil, nossa Equipe de Seis. Muito obrigada pelo apoio, carinho, por terem me ajudado a evoluir durante todo esse percurso! Vocês são um dos maiores presentes que o mestrado trouxe!

A toda a equipe do Serviço Social do Hospital Geral de Fortaleza, pela acolhida e partilhas nesse processo! Vocês foram essenciais.

Aos professores e colaboradores do mestrado profissional em saúde da família da FIO CRUZ-CE, por me mostrarem os desafios da vida cotidiana da Saúde da Família, e como desempenhar um bom trabalho de forma humanizada e dedicada, independente das condições que se apresentem.

Ao meu querido excelentíssimo orientador Prof. Odorico Monteiro e sua esposa Dra. Ivana Barreto, por terem acreditado em mim até mesmo quando nem eu acreditava. Deus sempre colocou anjos magníficos no meu caminho, e vocês são alguns deles.

Obrigada pela compreensão, carinho, paciência, pelas suas valorosas orientações, pelo exemplo de profissional e fé de vocês em mim. Nenhuma palavra ou expressão consegue mensurar minha profunda admiração por vocês.

Aos professores Marcio Moura, Cláudia Alexandra e Paulo Armando, por contribuírem com esse sonho. É uma grande honra poder contar com suas valorosas contribuições. Gratidão!

Enfim, meu muito obrigada a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação como pessoa, Assistente Social e mestre. Sintam-se todos abraçados.

“Porque eu sei que o meu Redentor vive.”

(Jó 19:25)

RESUMO

No início de 2020, foi anunciada uma pandemia, quando foram postos aos países complexos desafios, que exigiram fortes medidas de isolamento social e (re)organização dos serviços de saúde. Nesse contexto, encontra-se o Serviço Social como uma área estratégica no enfrentamento da COVID-19. No contexto hospitalar, pacientes passaram a ser admitidos sem acompanhantes e as visitas de familiares foram suspensas, gerando insegurança e sofrimento. Contudo, apesar de imensuráveis esforços dos profissionais, as dificuldades na comunicação com familiares impostas pelo isolamento social ocasionaram tensionamento e insatisfação, sobretudo frente a ausência de informações. O objetivo desse estudo foi caracterizar a jornada da experiência do paciente e sua família no Hospital Geral de Fortaleza, levando em conta as necessidades de informação e comunicação do Serviço Social com os territórios da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa de estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal, e faz parte de um projeto maior, onde o principal desígnio é desenvolver um protótipo de solução em saúde digital que esteja firmemente baseado nas necessidades, lacunas e desejos do Serviço Social do Hospital Geral de Fortaleza e as famílias, para proporcionar uma assistência hospitalar humanizada aos pacientes hospitalizados. Essa pesquisa, que é um recorte do Projeto “CoVIVE SOCIAL - Uma Plataforma de Colaboração, Informação e Comunicação entre o Serviço Social Hospitalar e as famílias no enfrentamento ao COVID-19” foi realizada em duas etapas. A primeira compreendeu a visita de campo ao HGF para aproximação com a problemática. A segunda fase consistiu na realização das entrevistas por meio de ligações com o uso de aplicativo de voz para gravações das falas. Utilizou-se a análise de conteúdo temática para atingir os significados manifestos trazidos pelos familiares e/ou responsáveis. Como principais resultados tivemos: 1) A falta de compreensão da população sobre a atuação do Assistente Social no Hospital e os desafios desses profissionais no enfrentamento da pandemia do covid- 19; 2) O Estreitamento da relação dos pacientes e familiares e a qualidade da comunicação nessa jornada hospitalar. Destacamos com bastante relevância as funcionalidades e os conteúdos que deverão ser incorporados nessa solução digital como: Informações sobre a Jornada do Paciente no HGF para as famílias, Gestão de Videochamadas com Familiares, Perfil humanizado do paciente, Conteúdos e orientações de acesso a direitos sociais e Gestão de solicitação de laudos e atestados.

Palavras-chave: Infecções por Coronavírus. Estratégia de Saúde da Família. Serviço Social. Tecnologia da Informação. Design de Experiência do Usuário. Comunicação.

ABSTRACT

In early 2020, a pandemic was announced, when complex challenges were posed to countries, which required strong measures of social isolation and (re)organization of health services. In this context, Social Work is a strategic area in coping with COVID-19. In the hospital context, patients started to be admitted without companions and family visits were suspended, generating insecurity and suffering. However, despite the immeasurable efforts of professionals, the difficulties in communicating with family members imposed by social isolation caused tension and dissatisfaction, especially in the face of the lack of information. The objective of this study was to characterize the experience journey of the patient and his family at the General Hospital of Fortaleza, taking into account the information and communication needs of the Social Service with the territories of the Family Health Strategy. This is a qualitative, descriptive, exploratory and cross-sectional study, and is part of a larger project, where the main purpose is to develop a prototype digital health solution that is firmly based on the needs, gaps and desires of Social Work of the General Hospital of Fortaleza and the families, to provide a humanized hospital care to hospitalized patients. This research, which is part of the project "CoVIVE SOCIAL - A Platform for Collaboration, Information and Communication between the Hospital Social Service and families in the face of COVID-19", was carried out in two stages. The first comprised a field visit to the HGF to approach the problem. The second phase consisted of carrying out the interviews through calls using a voice application for recording the speeches. Thematic content analysis was used to reach the manifest meanings brought by family members and/or guardians. As main results we had: 1) The population's lack of understanding about the work of the Social Worker in the Hospital and the challenges of these professionals in facing the covid-19 pandemic; 2) Strengthening the relationship between patients and their families and the quality of communication during this hospital journey. We highlight with great relevance the features and contents that should be incorporated into this digital solution, such as: Information about the Patient's Journey at the HGF for families, Management of Video Calls with Family Members, Humanized profile of the patient, Contents and guidelines for accessing social rights and Management of requests for reports and certificates.

Keywords: Coronavirus infections. Family Health Strategy. Social service. Information Technology. User Experience Design. Communication.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da família
FAS	Ficha de Acompanhamento Social
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-governamental
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em SAúde
RNPC	Rede Nacional de Pesquisas Clínicas
RUTE	Rede universitária de Telemedicina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Timeline do Paciente & Família no contexto clínico e no contexto do serviço social e a comunicação com as famílias do PSF	15
Figura 2 - Diagrama adaptado de Elements of User experience	36

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados.....	50
Quadro 1 - Unidades de significado e análise de conteúdo temática	40
Quadro 2 - Categorias analíticas e eixos temáticos da pesquisa	43
Quadro 3 - Descrição sobre a comunicação	58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo	13
1.2 Recorte do objeto de estudo	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 Sistema Único de Saúde	19
2.2 Atenção Primária à Saúde e a estratégia de saúde da família	22
2.2 Atuação do assistente social na política de saúde	25
2.3 A Jornada do assistente social da estratégia de saúde da família no enfrentamento ao covid-19	28
3 OBJETIVOS	34
3.1 Objetivo geral	34
3.2 Objetivos específicos	34
4 METODOLOGIA	35
4.1 Tipo de estudo	35
4.2 Local de Pesquisa	37
4.3 Participantes do Estudo	37
4.4 Técnicas de coleta de dados	38
4.5 Instrumentos de coleta de dados	38
4.6 Processo de tratamento das informações e análise dos dados das entrevistas	39
4.7 Aspectos éticos	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1 A Atuação do Assistente Social em Âmbito Hospitalar	43
5.1.1 Desafios dos assistentes sociais na linha de frente do covid-19	45
5.2.1 Estreitamento da relação com familiares dos pacientes internados	52
6 CONCLUSÕES	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A- ENTREVISTA: PROTOCOLO DE CONTATO COM FAMILIARES	68
1. Guia de Entrevista	69
APÊNDICE B - AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HGF DURANTE A PANDEMIA	70
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – (FAMILIAR/CUIDADOR)	71
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –	

PROFISSIONAIS DE SAÚDE	74
APÊNDICE E- ENTREVISTA: PROTOCOLO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL DO HGF	77
ANEXO A- PARECER DE APROVAÇÃO DA CONEP	78
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO PARA VISITA NO HGF.....	86

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo

O Novo Coronavírus, designado como *Sars-Cov-2* pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mobilizou o mundo. No início de 2020, foi anunciada uma pandemia, quando foram postos aos continentes complexos desafios, que exigiram fortes medidas de isolamento social e (re)organização dos serviços de saúde.

No Brasil, o mês de setembro de 2022 contabilizou mais de 685 mil mortos, vítimas da COVID-19. Denuncia-se, com isso, ainda mais, um cenário social de desigualdade e o desmonte imposto ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos. É, todavia, esse sistema, mediante sua organização nos estados e municípios brasileiros, com sua capilaridade territorial nos três níveis de atenção à saúde, que responde ao complexo contexto ocasionado pela pandemia.

Coube, assim, à rede hospitalar, por meio da (re)organização e incremento de sua estrutura física e tecnológica, a ampliação de leitos para o tratamento intensivo dos casos mais graves do COVID-19, com a imposição de nova dinâmica de funcionamento, alterando rotinas e fluxos e impactando na relação hospital – paciente – família.

Em tempos de pandemia, com enorme potencial de contágio e letalidade, observou-se uma redução de internação por doenças próprias do perfil hospitalar e um conseqüente aumento na quantidade de pacientes com suspeita ou diagnosticados com COVID-19. Com efeito, foram exigidos novos leitos de emergência, enfermarias eletivas e unidades de tratamento intensivo.

Nesse contexto, encontra-se o Serviço Social como uma área estratégica no enfrentamento da COVID-19. Enquanto Assistente Social na linha de frente da Estratégia de Saúde da Família, compreendendo como parte essencial da equipe interprofissional, o Serviço Social reestruturou seu trabalho, modificando sua abordagem cotidiana. Referenciado no seu projeto ético-político, o assistente social constrói vínculos com pacientes e familiares, acompanhando-os com foco na informação e na comunicação.

O sofrimento ocasionado nas famílias por notícias dos seus pacientes reflete na Estratégia de Saúde da Família pelo contato mais próximo que o nível de atenção oferece, permitindo um vínculo cada vez mais fortalecido pelas equipes locais das

Unidades de Atenção Primária, na tentativa de mediar com outros níveis de atenção que recebem os pacientes contraídos pelo Vírus *Sars-Cov-2*.

Diante disso, os fluxos da APS também sofreram algumas alterações desde as consultas, os fluxos de síndrome gripal, que foram colocados em práticas nas unidades, a regulação desses pacientes para os Hospitais e as diversas demandas recorrentes das famílias em busca de notícias dos pacientes quando adentram nesse nível de atenção.

Para desenvolver a abordagem social relacionada ao acesso a direitos sociais, um grupo multiprofissional do Hospital desenvolveu como uma iniciativa a produção de um Catálogo de Serviços da Rede Socioassistencial, jurídica e de Saúde do Ceará, a partir de um acervo físico de informações existentes. Esse recurso se tornou um instrumento que contém um conjunto de contatos, dados e informações de instituições que compõem a rede de serviços supracitadas e que busca subsidiar a atuação dos assistentes sociais, possibilitando um acesso rápido às informações e às orientações necessárias.

Contudo, apesar das iniciativas, como o desenvolvimento do Catálogo mencionado e do esforço de organização de atendimento social, houve dificuldades na comunicação com familiares imposta pelo isolamento social, ocasionando tensionamento e insatisfação desses frente a ausência de informações diversas, sobretudo clínicas, dos pacientes. A informação sobre a situação clínica é uma atribuição médica, mas tem sido mediada pelo Serviço Social, que assume a organização de relação de contatos de pessoas de maior vínculo familiar, compreendendo a comunicação como um direito da família. O excesso de trabalho exercido em plantões de 12 horas, diurnos ou noturnos, assim como a ameaça de contaminação pelo vírus, não afastaram esses profissionais da linha de frente, mas impuseram muitos desafios.

1.2 Recorte do objeto de estudo

O fluxo de atendimento aos pacientes no HGF inicia-se com a admissão (autorização de internação hospitalar) e é seguida com a abordagem do Serviço Social aos familiares, quando ocorrem a entrevista social, orientações e autorizações de acompanhantes ao paciente. Inicia-se, na oportunidade, a construção do vínculo e o acompanhamento da jornada do paciente junto aos familiares ou pessoas da rede

sociocomunitária (Fig. 1).

Figura 1 - Timeline do Paciente & Família no contexto clínico e no contexto do serviço social e a comunicação com as famílias do PSF



Fonte: Diagrama adaptado de Elements of User experience de James Garret (2004)

Os estudos socioeconômicos e a compreensão das dinâmicas familiares, matéria de competência do Serviço Social, são realizados por meio de entrevista social guiada pelo instrumental “Ficha de Acompanhamento Social (FAS)”. Mediante o acolhimento e uma escuta qualificada, pretende-se identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença do paciente, dentre esses, situação ocupacional e renda, as condições de moradia, as relações afetivas e familiares, o acesso aos serviços de saúde, assim como informações sobre o nível de conhecimento do paciente e seus familiares quanto ao diagnóstico e tratamento. Tais informações subsidiam as orientações a serem prestadas ao usuário para a viabilização de direitos, identificando-se previamente e esclarecendo a finalidade das informações coletadas, a partir de uma relação horizontalizada que resguarde o direito ao sigilo. Além disso, utiliza-se uma linguagem adequada na comunicação com esses, sem, no entanto, realizar atendimentos que fujam a sua competência profissional.

As informações registradas na FAS possibilitam o acompanhamento sistemático das abordagens e atendimentos prestados pelo Serviço Social, posto que, no decorrer do período de internação, surgem necessidades a serem satisfeitas que não foram identificadas na entrevista inicial, bem como encaminhamentos às demais políticas públicas dispostas nas redes de serviços. Até o momento, as FAS são preenchidas em papel e anexadas ao prontuário físico do paciente.

Compete ao Serviço Social, dentre outras atribuições, realizar as orientações socioassistenciais, trabalhistas e previdenciárias da política de Assistência Social e da Política de Saúde; orientação quanto a registro civil de nascimento e os direitos da criança e das mulheres, procuração pública e curatela, direitos da pessoa com deficiência, pessoa idosa e/ou com transtornos mentais; acompanhamento às mulheres e crianças em situação de violência doméstica e familiar, bem como às pessoas em situação de drogadição; comunicação com a família, informando os percursos do paciente durante a internação hospitalar (transferências e altas); produção de relatórios às instituições da rede de serviços e encaminhamentos nas situações de vulnerabilidades e riscos sociais, acionando a rede; e, finalmente, acolhimento e orientações quanto a procedimentos em caso óbito, auxílio-funeral, pensão por morte, licença maternidade e licença paternidade.

Dentre os atendimentos que mais demandaram da categoria profissional em pauta estavam as solicitações por informações do quadro de saúde do paciente. As profissionais entrevistadas gerando listas de contato telefônico, onde constavam os familiares de referência, facilitando o repasse de informação clínica pelos médicos. Mediaram, ainda, situações que demandavam atestados médicos e outros instrumentais para o acesso a direitos. Ademais, foram realizados acolhimentos e orientações em decorrência de óbitos, momento de muita comoção, em especial nos casos de COVID-19, tendo em vista o distanciamento gerado pela internação e a impossibilidade de realização dos rituais de despedidas pela família. O teletrabalho foi também realizado pelo Serviço Social do HGF, especificamente por profissionais afastadas pertencentes a grupos de risco, realizando, a partir de casa, orientações e apoio aos familiares com pacientes internados.

O lugar do Serviço Social na área da saúde é de conhecimentos multidisciplinares, plurais, de práticas cooperativas, complementares e interdisciplinares. O campo de abordagem dos aspectos sociais tem um rico potencial na saúde, pois permite compor uma visão integral do sujeito que adoece juntamente às demais áreas profissionais, favorecendo a compreensão das implicações socioeconômicas e culturais da saúde, fator relevante para a humanização e qualificação da assistência.

Acrescente-se a isso, o fato que ao passo que ocorre o acirramento das questões sociais, em especial aquelas relacionadas ao emprego e renda da população, observam-se inúmeras mudanças nas modalidades de atendimento dos

equipamentos públicos que viabilizam políticas públicas de acesso aos recursos disponíveis (programas e benefícios). Esses atendimentos passaram a ser realizados, em grande parte, de forma remota, por meios eletrônicos, sendo criados novos fluxos e canais de atendimento (telefones e e-mails para contato) de forma compensatória a redução aos atendimentos presenciais. Essas medidas foram imprescindíveis para reduzir o risco de contágio pelo novo coronavírus, posto que diminuem a necessidade de deslocamentos, reduzem filas e o tempo de espera para atendimento, assim como a quantidade do uso e contato com papel.

Essa mudança se revela eficaz para uma pequena parcela da população. No entanto, para a maioria cujo acesso é limitado ou inexistente, esse contexto representa novas barreiras para a efetivação de direitos, em especial àqueles que vivem em situação de maior vulnerabilidade. Populações que, em sua condição tão desigual, necessitam da mediação de profissionais para tornar possível a viabilização de direitos.

No entanto, e apesar dos esforços demandados pela categoria para responder às tais complexas demandas dos usuários, o Serviço Social se defronta com um vasto volume de informações especializadas em cada política pública. Esse conhecimento, em geral, é apropriado por profissionais que atuam nas políticas específicas e de pouco conhecimento dos demais, assim como de difícil acesso a informações mais detalhadas e atualizadas. Por outro lado, a grande demanda familiar por informações em contexto de pandemia e as limitações na comunicação, com linhas telefônicas congestionadas, geraram uma sobrecarga e estresse no trabalho dos profissionais de Serviço Social e na relação com usuários e familiares.

Diante do exposto, justifica-se a criação de uma solução tecnológica que possa facilitar o acesso às informações especializadas das diversas políticas públicas do Estado, a fim de subsidiar a prática dos profissionais do Serviço Social nas orientações e encaminhamentos da população usuária à rede socioassistencial, jurídica e de saúde. Além disso, ser fonte de informação para os usuários que possuam meios diretos de acesso, tornando-se desnecessários os deslocamentos até às unidades de atendimentos para obter informações.

Deseja-se, ainda, uma solução tecnológica inovadora no campo social, que potencialize os componentes da comunicação em saúde no ambiente hospitalar, permitindo aprimorar a relação/vínculo do profissional de Serviço Social e as famílias na jornada hospitalar do paciente, observando o acolhimento, a escuta qualificada, a

dimensão educativa, a atenção resolutiva e em tempo oportuno, a resolutividade da abordagem profissional e a garantia de acesso a direitos. Nesse sentido, uma solução de enorme relevância para esse período pandêmico, mas que não se esgota nesse, visto as necessidades constantes e crescentes por mecanismos de informação e comunicação acessíveis e assertivos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Sistema Único de Saúde

Em meados dos anos 1970, emergiu no cenário brasileiro o Movimento de Reforma Sanitária, o qual questionou o modelo de saúde vigente. Esse foi impulsionado por vários atores sociais, como destaca a sanitarista Lúcia Souto: “[...] a academia, os movimentos sociais, foi de grande envergadura porque era pluralista, com um leque amplíssimo de partidos” (GUIMARÃES, 2008, p. 13).

O referido movimento, ao mesmo tempo que fazia críticas ao modelo médico-assistencial-privatista hegemônico no país, que estava assentado no curativismo, seletividade e ênfase no trabalho médico, defendia como princípios: universalidade, descentralização, equidade e participação popular.

Matos (2009, p. 45) comenta que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, reuniu cerca de 4500 pessoas, sendo mil delegados para discutir os rumos da saúde no país. Os eixos debatidos na conferência foram: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”, sendo aprovada a bandeira da Reforma Sanitária. O relatório dessa conferência serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal, e teve como ideias fundamentais: a participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização, buscando a extensão dos direitos sociais, como a saúde, que é um direito do cidadão e um dever do Estado. Como rege a Constituição Federal de 1988, no Artigo 196, “São direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Destarte, propunha um novo modelo de saúde, que atendesse às demandas e necessidades da população. Incorporando diversas reivindicações do citado Movimento, em 1988, ratifica-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal. Esses avanços foram regulamentados pelas leis 8080 e 8142, ambas de 1990.

A tarefa de ampliar o conceito de saúde foi árdua, pois a lógica do setor saúde estava centrada no modelo médico-assistencial privatista, direcionada para o lucro. Portanto, para a saúde ser reconhecida enquanto direito de todos e dever do Estado apresentavam-se como necessidades para a agenda sanitária: reconstruir a base

jurídico- legal do sistema e reorganizar os serviços e práticas de saúde (PASCHE; HENNINGTON, 2006).

A Constituição de 1988 integralizou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo.

A Constituição Brasileira define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, o qual deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas (Art.6º CF/1988).

A partir dos anos de 1990, com o advento da política neoliberal no país, o SUS enfrentou dificuldades para efetivar os princípios citados anteriormente e conduzir a política de saúde de forma que atenda adequada e integralmente às necessidades dos usuários, haja vista os desafios resultantes do enxugamento do Estado nas políticas sociais (BRAVO, 2006).

Assim, a política de saúde confronta-se com fortes embates do setor privado, a qual tende a reduzir a responsabilidade do Estado, enfocando a contenção de gastos, a adoção de políticas seletistas e o estímulo ao setor privado (BRAVO 2001).

Na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8.080/1990 (Brasil, 1990a), Artigo 4, fica definido que o Sistema Único de Saúde - SUS é constituído pelas ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

Essa Lei tornou obrigatório o atendimento ao público, constituído como cidadãos de direito, com proibição de cobranças de recursos financeiros aos usuários sobre qualquer forma de pretexto, abordando também as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços condizentes.

As diretrizes do SUS são inegociáveis. Os princípios de universalidade, preservação da autonomia, igualdade, integralidade e resolutividade devem estar em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, hierarquização, dentre outros.

Façamos rapidamente uma apreciação de trechos do texto constitucional sobre o setor saúde e da lei 8.080, a lei orgânica da saúde:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III- III- participação da comunidade. (Brasil, 1988: 63)

Capítulo II- Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, as pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - Participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 1990a:69)

Para Volpato (2009), os serviços do SUS devem ser organizados e hierarquizados para um maior conhecimento dos problemas de saúde da população, a fim de favorecer ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, além de ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade que podem ser primários, secundários ou terciários.

Devido às dificuldades de efetivação do SUS, houve a necessidade de ser criada a Norma Operacional Básica - NOB-SUS/96, que define estratégias e movimentos táticos para aperfeiçoar a gestão do SUS e a operacionalidade desse sistema, com a finalidade de promover e consolidar os princípios do SUS, redefinindo responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Nogueira (2008, p. 220) afirma que as inovações mais radicais relativas ao modelo de atenção proposto pela legislação do SUS somente teve início com essa norma operacional.

Vale lembrar a importância da fiscalização e da participação social nas rotinas do SUS com o intuito de fortalecer as ações de vigilância na busca pelo SUS “ideal”

para a população, acessível a todos com atendimento e serviços de qualidade. Para Bravo e Matos (2004):

Cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. (BRAVO; MATOS, 2004).

Com a criação do SUS, ampliaram-se os espaços de atuação do assistente social, sendo o profissional chamado a atuar com as políticas públicas, intervindo e orientando sobre direitos sociais.

2.2 Atenção Primária à Saúde e a estratégia de saúde da família

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, 1990).

No sentido de fortalecer os princípios e diretrizes do SUS, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), pensando na universalidade, integralidade e equidade, bem como na descentralização, regionalização e hierarquização.

De acordo com Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da

coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Essa tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006a).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de sistema de porta de entrada para todos os outros serviços, que aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

Atualmente, no município de Caucaia estão em funcionamento 46 unidades básicas de saúde, totalizando 81 equipes de Saúde da Família. Essas unidades se organizam nos territórios por meio dos distritos da área urbana e rural.

A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield (2002) sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Mendes (2009) interpreta esses atributos da seguinte forma:

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2009, p. 57-58).

Assim, a construção de práticas de atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano dos profissionais da APS, visando uma assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores. A Integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação.

As diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo a Portaria Nº

2.436, de 21 de setembro de 2017, visam operacionalizar a APS, a partir das seguintes ações:

- **Territorialização:** o conhecimento sobre o local de atuação dos profissionais de saúde e de sua população propicia o planejamento de ações voltadas para os problemas e para as necessidades específicas de seus moradores;
- **População Adscrita:** os habitantes do território sob responsabilidade de uma determinada equipe são cadastrados e serão cuidados por ela, o que permite o desenvolvimento de forte vínculo entre os usuários e os profissionais;
- **Cuidado centrado na pessoa:** ações de cuidado em saúde baseadas na singularidade do indivíduo e no fortalecimento da autonomia no cuidado à saúde, a partir da escuta profissional qualificada e ativa, promovendo a busca de uma vida independente e plena;
- **Resolutividade:** embora seja considerada a “porta de entrada” para o SUS, isso não significa que não atuem na resolução de problemas. Na verdade, estima-se que 80% dos casos possam ser resolvidos a esse nível de atenção em saúde, pois ele permite que as demandas, riscos e necessidades sejam identificados desde o contato inicial com o usuário e esse cuidado seja feito por meio de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde e redução de danos;
- **Longitudinalidade do cuidado:** baseia-se no acompanhamento do usuário ao longo do tempo, priorizando, nesse período, o cuidado integral e o fortalecimento dos vínculos entre usuário, profissionais de saúde e rede de atendimento;
- **Coordenação do cuidado:** isso é feito por meio do trabalho multiprofissional, propiciando um atendimento integral para lidar com a complexidade das situações apresentadas. É possível, ainda, integrar profissionais de outros níveis de atenção;
- **Ordenação da rede:** contribuir para o processo de regulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), propiciando ao usuário uma rede de serviços com fluxos coordenados e de fácil acesso, de modo que ele seja atendido pelo serviço mais adequado à sua necessidade de saúde, a partir dos processos de referência e contrarreferência entre os vários serviços que

compõem a RAS;

- **Participação da Comunidade:** é a garantia da participação popular em diferentes ações, desde grupos de educação em saúde locais à formulação e controle das políticas públicas.

Em vista das diretrizes e princípios que regem a ESF, pode-se dizer que essa estratégia visa melhorar a saúde da população e ser equânime na distribuição de recursos, para que se cumpra o direito de acesso à saúde de cada cidadão e seja proporcionada uma melhor qualidade de vida para todos.

2.3 Atuação do assistente social na política de saúde

Regulamentada pela Lei nº. 8.662/93, tendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Serviço Social atua no âmbito das políticas sociais, tendo por compromisso a defesa e a garantia de direitos sociais, fortalecendo a democracia e buscando a emancipação social.

Para Santos e Biasoli (2009, p. 41), o profissional do Serviço Social tem formação ampla, generalista e acadêmica com base teórica, técnica, prática e política, que possibilita elaborar, planejar e executar ações apoiando diversos seguimentos sociais; é profissão da área da assistência social inserida e articulada com outras políticas públicas, em especial na dimensão das políticas de saúde, educação, trabalho, previdência social e cultura, trabalhando com a população nas suas diferentes formas de nucleação e segmentos de forma sistêmica, em especial com famílias, crianças, adolescentes e a terceira idade, contextualizados nas diferentes políticas de atendimento (habitação, saúde, educação e cultura). Nesse sentido, procura garantir a assistência social e a promoção humana do cidadão em seu meio social.

Os Assistentes Sociais têm como compromisso a defesa do SUS, de forma a representar, de maneira significativa, sua contribuição em torno da conquista de saúde como bem público. Com relação à intervenção e os procedimentos, têm sua prática junto aos usuários e sua atuação voltada ao acolhimento, um espaço de trocas entre o profissional e o usuário, identificando as necessidades e demandas do usuário e sua família e produzindo um vínculo entre ambos.

A Política de Saúde, reconhecida no texto Constitucional como “Direito de

Todos e Dever do Estado”, vem sendo implementada e efetivada por meio do SUS (CFESS, 2009, p. 20).

O assistente social é reconhecidamente um profissional da saúde. As resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 218, de 06 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social nº. 383, de 1999, além da Resolução nº. 196, de 1996, tratam da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos (ROSA et al, 2006, p. 63-64), são expressões concretas desta afirmativa.

Para o CFESS (2009, p.15), a nova configuração da política de saúde impactou o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Ampliou-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados para amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho. A atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que refletem nos diversos níveis de serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica (CFESS, 2009 p. 20).

A inserção do assistente social vem sendo escrita ao longo dos anos, e é caracterizada por um profissional que articula o recorte social nas diferentes formas de promoção de saúde e identifica causalidades e multiplicidade dos fatores que afetam a qualidade de vida da população.

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2009, p. 41).

Segundo os parâmetros para a atuação dos assistentes sociais (2009, p. 23), é essencial para uma atuação competente do Serviço Social na área da saúde estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores da saúde e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde; tentar construir e efetivar, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular; elaborar e participar de projetos de educação permanente; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido; potencializar a participação dos sujeitos sociais

contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, para o aprofundamento dos direitos conquistados.

Com relação às ações socioeducativas, segundo Lima (2004), o Assistente Social é chamado para intervir no acolhimento inicial dos usuários, na viabilização de recursos e serviços materiais e institucionais, bem como em situações em que o profissional objetiva a transformação da atitude do usuário nas relações sociais, instrumentalizando-o, para que se perceba sujeito de direito em ter um atendimento de qualidade e de participar na resolução de seus problemas, que ultrapassam a questão da doença e também de responsabilização ética que o profissional deve ter e que se expressa na relação de acolhimento, de criação de vínculo, entre outros. A autora continua referindo que o Assistente Social utiliza vários instrumentos técnico-operativos, que garantem a realização das ações socioeducativas

O trabalho em saúde, por fazer parte do setor de serviços e ser compreendido como um trabalho que se efetiva no momento do encontro entre trabalhador e usuário, apresenta peculiaridades, e o assistente social, inserido nesse processo, se apresenta como profissional que tem uma intervenção de natureza essencialmente política.

A construção desse trabalho é fruto da trajetória da autoria deste estudo na área da saúde e experiência como Assistente Social inserida na Estratégia de Saúde da Família no enfrentamento ao covid-19. Esse novo cenário de pandemia foi necessário reafirmar e reinventar muitas estratégias para garantir o acesso aos direitos e principalmente a mediação com a rede hospitalar, para que exista comunicação eficaz e efetiva com as famílias dos pacientes internados existentes nos territórios assistidos pelo Atenção Primária.

Destaca-se que é um direito da família o recebimento de informações dos pacientes internados em unidades hospitalares quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, assim como sobre a comunicação do óbito, que devem ser realizados por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos acerca do tratamento e da causa mortes, cabendo um trabalho em equipe para o acolhimento familiar.

2.4 A Jornada do assistente social da estratégia de saúde da família no enfrentamento ao covid-19

A pandemia da COVID-19 é um desafio muito grande para a ciência e para a sociedade, exigindo respostas rápidas para o seu enfrentamento. No Brasil, assim como em alguns outros países do mundo, essas respostas têm sido centradas nos serviços hospitalares, como a ampliação do número de leitos. Com essa centralidade nos hospitais, é necessária uma articulação fortalecida entre os níveis de atenção. É preciso alertar, porém, que muito poderia e deveria ser feito no âmbito da APS, a fim de combater o avanço da pandemia, já que esse é potente na redução das iniquidades de saúde e tem um alto grau de capilarização em território nacional.

Entre todas as atribuições da ESF descritas anteriormente, destaca-se seu papel na captação de pessoas pertencentes à comunidade e na associação com diferentes setores institucionais para o desenvolvimento conjunto de medidas preventivas e de promoção à saúde. Nesse sentido, a ESF, como porta de entrada preferencial do SUS, assume papel fundamental na resposta global à doença em situações de surtos e epidemias, oferecendo atendimento resolutivo com potencial de identificação precoce de casos graves que devam ser encaminhados para serviços especializados. Uma comunicação positiva fortalece o sistema local de saúde, possibilitando a integralidade e trazendo resolutividade para as famílias.

A participação ativa da população junto à equipe de saúde da família possibilita uma noção mais clara em relação ao posicionamento e às necessidades específicas de cada território, resultando em ações de prevenção e promoção de saúde mais efetivas, especialmente no atual contexto de pandemia.

Assim, são diversas as demandas existentes nos territórios, tendo como necessidade a comunicação das famílias dos pacientes internados na rede hospitalar, em sua maioria regulados pela ESF. Essa solução digital vem aproximar os envolvidos com o quadro clínico de seus pacientes e permitir o acesso de informações para os profissionais da ESF e continuidade do tratamento para o acompanhando e sua reabilitação.

Dessa forma, se faz necessário um olhar humanizado diante desse cenário pandêmico. Enquanto assistente Social inserida nesse nível de atenção, tem-se o propósito de contribuir com essa solução digital, para que as famílias tenham acesso às informações clínicas de seus pacientes quando esses estão em outro nível de

atenção hospitalizados.

Na fase inicial de enfrentamento da pandemia, houve escassez na disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em diversos serviços, e a tendência foi de imprimir uma extrema racionalização que negava o uso de EPI para profissionais que não estivessem em contato direto com pacientes com covid-19. Contudo, assistentes sociais, mesmo que não estivessem atendendo diretamente usuários(as) com covid-19, estavam, muitas vezes, atendendo seus familiares. Ademais, no contexto pandêmico, particularmente em se tratando do Sars-CoV-2, a circulação do vírus se dá em diversos espaços, no interior e no entorno das unidades de saúde, como foi identificado em algumas pesquisas.

Sendo assim, é fundamental um olhar crítico da categoria de assistentes sociais para esse contexto de pandemia, em que a viabilização do acesso a direitos sociais e previdenciários é urgente e imperiosa. É um compromisso ético a atuação em contextos de calamidades públicas, e por se tratar de uma situação inédita, é necessário analisar quais possíveis contribuições estão em acordo com os ideais de emancipação, na perspectiva de atender as reais necessidades e aos interesses da classe trabalhadora, dentro de uma atuação crítica em consonância com o projeto ético político.

O trabalho realizado por assistentes sociais em diferentes contextos institucionais se apoia numa base comum, que é acionada a partir do acervo teórico metodológico e ético político que dá suporte à formação e ao exercício profissional. O serviço social atua na área das relações sociais, mas sua especificidade deve ser buscada nos objetivos profissionais, tendo esses que serem adequadamente formulados, guardando estreita relação com o objeto das ações (JOSÉ FILHO, 2002, p. 56).

É a partir dessa formulação dos objetivos que se garante, em parte, a especificidade de uma profissão, que demanda também, um corpo de conhecimentos teóricos, métodos de investigação e intervenção e um sistema de valores e concepções ideológicas. Sendo assim, o Serviço Social é uma prática, um processo de atuação que se alimenta por uma teoria e volta à prática para transformá-la, um contínuo ir e vir iniciado na prática dos sujeitos face aos desafios de sua realidade.

Uma situação de pandemia que o Brasil vive hoje certamente convoca assistentes sociais, mas esses devem atuar se limitando ao campo das suas competências profissionais e de suas atribuições privativas. Não são quaisquer

tarefas, ainda que importantes, que devem esses profissionais desenvolver.

Conforme atenta Marilda Iamamoto (2012), em sua contribuição ao caderno 01 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), sobre competências e atribuições privativas, o trabalho em equipe não erode as particularidades profissionais. Mas qual é a particularidade da profissão no trabalho em saúde?

Em nota emitida pelo Conselho Regional de Serviço Social – Cress 3ª região, em 18 de dezembro de 2020, no uso de suas atribuições legais de orientação e fiscalização do exercício profissional de assistente sociais, buscou-se prestar esclarecimentos à sociedade cearense quanto as competências e atribuições desses profissionais em âmbito hospitalar.

Enfatiza-se que diante da crise sanitária agravada no país por conta da pandemia de Covid19 e, de forma mais drástica, em Fortaleza/CE, que apresentou uma das maiores incidências de Covid do país, com os serviços de saúde sobrecarregados, algumas reportagens da mídia local associaram equivocadamente ao Serviço Social das unidades hospitalares os problemas relacionados à ausência ou fragilidade de informações quanto ao quadro clínico dos pacientes e comunicações de óbitos.

Se os serviços de saúde estão sendo compreendidos como um ofício essencial e que devem ser mantidos abertos, os trabalhos de seus/suas profissionais são relevantes. Naturalmente, não está normal, e por isso foi reestruturado. Nesses critérios do que são prioridades, que assistentes sociais precisam projetar a sua intervenção profissional.

Assistentes sociais têm uma contribuição fundamental nos diferentes serviços de saúde e não é uma pandemia que altera sua importância. O que se modifica é a forma como se dará o trabalho, mantendo atribuições privativas e competências profissionais.

Com base na Lei de Regulamentação da Profissão, as competências e atribuições requisitadas aos assistentes sociais e que são fundamentais à compreensão do contexto sócio histórico são:

- apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e

nacional, desvelando as possibilidades de ações contidas na realidade;

- identificação das demandas presentes na sociedade visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece, no seu artigo 4, como competências do assistente social:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providências e prestar orientações sociais a indivíduos, grupos e à população;
- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer isso aos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matérias relacionadas às políticas sociais no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidades de Serviço Social;
- Realizar estudos socioeconômicos com usuários para fins de benefícios e serviços sociais juntos a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social (CFESS, 2009 p. 18).

Ainda na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n.º 662), apresentam-se como atribuições privativas do assistente social:

- Coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidades de Serviço Social;
- Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- Assumir no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social de graduação e pós-graduação;
- Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para o assistente social; ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos semelhantes sobre assuntos de Serviço Social;
- Fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais; dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão

financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (CFESS, 2009 p.18-19).

O Código de Ética Profissional (1993, p. 23) também apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano, ao colocar como princípios:

- reconhecimento da liberdade como valor ético-central;
- defesa intransigente dos direitos humanos;
- ampliação e consolidação da cidadania com vista à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
- posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
- garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
- articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- exercício do Serviço Social sem discriminação.

Esses instrumentos legais são fundamentais para a delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais na saúde e podem ser desenvolvidas nos diversos espaços. As principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são:

- prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações:
- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista, previdenciária) e familiar dos usuários com vistas à construção do perfil socioeconômica para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.
- Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Realizar visitas domiciliares quando avaliadas a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- Realizar visitas institucionais com o objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais.
- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-los sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação de saúde.
- Criar protocolos e rotinas de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano no trabalho profissional.
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde

quanto às informações sociais dos usuários, resguardados as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social (CFESS, 2009, p.22).

Ainda segundo os Parâmetros da atuação do assistente social na saúde (2009, p. 46) a equipe de saúde e/ou empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências do assistente social, tem requisitado diversas ações aos profissionais que NÃO são atribuições dos mesmos, a saber:

- marcação de consultas e exames;
- solicitação e regulação de ambulância para a remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, prótese e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes.

Muitas vezes, são notadas as dificuldades de dialogar com a equipe de saúde para esclarecer suas atribuições e competências face as demandas impostas e a fragmentação do trabalho existente, porem estas dificuldades deve impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho (CFESS, 2009, p. 24).

Nesse contexto real de medo e de desespero com as respostas do atual governo federal, deve-se reafirmar o compromisso com a população usuária das instituições de saúde onde trabalham os assistentes sociais. Isso se expressa por reconhecer a importância do Serviço Social como profissão da saúde, que é, com respeito a sua particularidade no trabalho coletivo em saúde, mas sem correr riscos de vida. Nesse sentido, reafirma-se aquilo aprendido com Marilda lamamoto (1995), dizendo não ao fatalismo (não há o que fazer...) e ao messianismo (de que toda a solução está em nossas mãos) e reconhecendo que o trabalho profissional se dá em condições objetivas e que existem competência de construir proposições nessas condições.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar a jornada da experiência do paciente e sua família no Hospital Geral de Fortaleza no contexto da pandemia de Covid-19, levando em conta as necessidades de informação e comunicação do Serviço Social com os territórios da Estratégia de Saúde da Família.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever os diferentes contextos relacionados com a jornada do paciente com Covid-19 no Hospital Geral;
- Caracterizar as jornadas das famílias no processo de comunicação do Hospital com os territórios da Estratégia de Saúde da Família;
- Determinar quais são as funcionalidades e os conteúdos principais que devem ser incorporados no desenvolvimento de um protótipo funcional em saúde digital para apoiar a comunicação entre os profissionais do HGF, em especial do Serviço Social, com as famílias dos pacientes hospitalizados.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal, e faz parte de um projeto maior, onde o principal desígnio é desenvolver um protótipo de solução em saúde digital que esteja firmemente baseado nas necessidades, lacunas e desejos do Serviço Social do Hospital Geral de Fortaleza e as famílias, para proporcionar uma assistência hospitalar humanizada aos pacientes hospitalizados. O projeto maior tem como título “CoVIVE SOCIAL - Uma Plataforma de Colaboração, Informação e Comunicação entre o Serviço Social Hospitalar e as famílias no enfrentamento ao COVID-19”, e é financiado pelo Edital Fiocruz/Funcap 01/2020, Processo: FIO – 0167 – 00057.01.00/20.

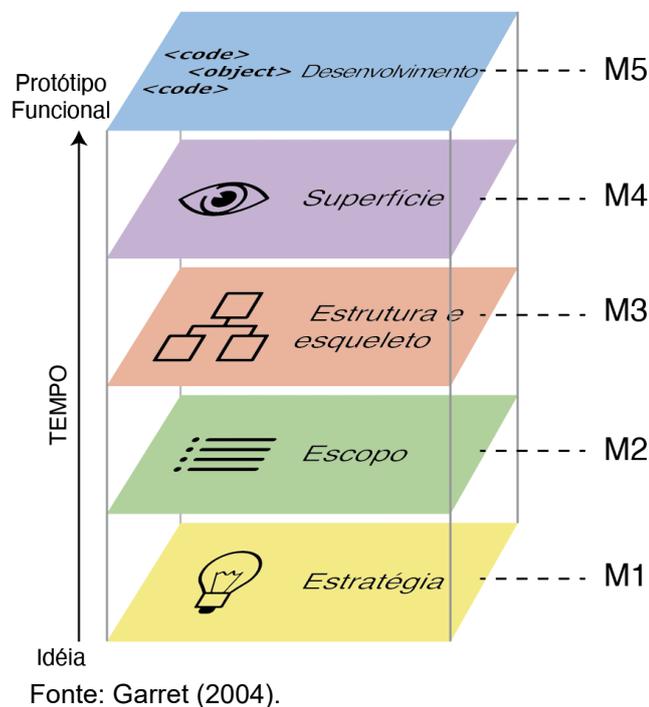
Para compreensão dessa construção, essa pesquisa será realizada por meio das diversas fases dos Elementos da Experiência do Usuário (GARRET, 2003), que são uma forma de desenvolvimento *Bottom - Up*. As etapas previstas e adaptadas ao projeto são: estratégia, escopo, estrutura, esqueleto, superfície e desenvolvimento, descritas abaixo. Esse *framework* possui vantagens em sua objetividade ao elencar as diferentes fases de desenvolvimento do produto, permitindo harmonia com as demandas das diversas áreas disciplinares dos pesquisadores integrantes do projeto. Nessa estrutura, parte-se de uma ideia bem abstrata, que é desenvolvida por meio uma longa cadeia de trabalho contemplada por fases que entregam resultados concretos e que servem de insumo para as etapas seguintes, sendo dependentes entre si.

Um protótipo funcional é desenvolvido como resultante do processo. Além disso, em cada uma destas fases podem ser incorporados diversos métodos de Design Centrado no Usuário. Neste projeto, pretende-se ter em consideração alguns métodos relacionados com sessões generativas de Co-design, também chamado de Design participativo (SANDERS; STAPPERS, 2013) e de *Design Thinking* (BROWN, 2017; DESIGN COUNCIL OF LONDON).

A estrutura metodológica que guia o trabalho é apresentada, a seguir, por meio da descrição de cada uma das fases que foram adaptadas do *Framework* de James

Garret (2004), assim como o diagrama adaptado que as incorpora e detalha (Fig. 2). Conforme mencionado, parte-se de uma ideia abstrata que baseia a estratégia e que, ao longo do percurso de trabalho, tem como resultado final o desenvolvimento de um protótipo funcional. Cada uma das fases, métodos e tarefas receberam referências para serem facilmente relacionados e entendidos no cronograma de trabalho. Assim, Estratégia é M1, Escopo é M2, Estrutura e esqueleto é M3, Superfície é M4 e Desenvolvimento é M5.

Figura 2 - Diagrama adaptado de Elements of User experience



A primeira fase foi denominada de Estratégia. Assim, essa pesquisa está relacionada ao levantamento de necessidades, lacunas e desejos dos usuários e determinação dos objetivos da solução. O principal ímpeto foi buscar informações de fora, das famílias, para dentro desse processo de desenvolvimento. Para isso, levantaram-se informações sobre os usuários e os seus respectivos contextos de uso.

Essa pesquisa, que é um recorte do Projeto Maior foi realizada em duas etapas. A primeira compreendeu com a visita de campo ao HGF realizada pela própria pesquisadora para aproximação com a problemática e realização da entrevista com Serviço Social. A segunda fase dessa pesquisa também foi realizada exclusivamente pela autora, consistiu na realização das entrevistas por meio de ligações com o uso de aplicativo voz para gravações das falas.

A contribuição da autora dentro do projeto maior, foi extremamente relevante para o desenvolvimento final da solução digital.

4.2 Local de Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Geral de Fortaleza, para conhecer a rotina e demandas dos Assistentes Sociais nesse cenário de pandemia (CREWSWELL, 2009). Etnografia corresponde a segunda etapa dessa pesquisa (KUMAR, 2013). Com a etnografia, pretende-se observar quais são os possíveis perfis de usuários e as suas práticas conscientes e inconscientes de informação e comunicação dentro da jornada da experiência do paciente no contexto hospitalar da pandemia de COVID-19.

O campo de Estudo é uma unidade da Rede Estadual de Saúde, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Trata-se do maior hospital público do SUS da rede estadual do Ceará. Unidade de atendimento quaternário, referência em procedimentos de alta complexidade como transplantes e neurocirurgias. Integrante da rede de Hospitais Sentinelas, Hospital Amigo da Criança, Rede Cegonha e Programa SOS Emergência, do Ministério da Saúde. Referência em 33 especialidades e 64 subespecialidades. Hospital de ensino certificado por portaria interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação, atuando na formação de médicos em 28 especialidades. Inserido na Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), na Rede Nacional de Pesquisas Clínicas (RNPC) e na Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). Incluído os programas de Residência Multiprofissional em 2014.

4.3 Participantes do Estudo

Os participantes incluídos nessa etapa do estudo se classificam em dois públicos, assistentes sociais do HGF e familiares e/ou responsáveis pelos pacientes internados no HGF. O Serviço Social do Hospital disponibilizou uma planilha com 28 pacientes, com diversos perfis e em vários estágios de sua jornada no hospital.

A amostra foi intencional, mediante a importância dos relatos necessários dos familiares de pacientes internados em diversas alas do hospital. Alguns destes pacientes receberam alta médica, e outros foram a óbitos. Buscou-se conhecer pacientes e famílias com experiências diversas no processo de internamento, de forma que essas informações fossem suficientes para a construção do protótipo.

A entrevista realizada com os profissionais do Serviço Social, focou em conhecer os desafios da categoria na pandemia.

4.4 Técnicas de coleta de dados

Após realizar a visita de campo no setor do Serviço Social do HFG para entrevista e aproximação com as práticas e desafios enfrentados por essa categoria na pandemia, foram iniciadas as entrevistas por telefone com familiares e/ou responsáveis, tendo em vista a limitação de circulação em vias públicas e suspensão das visitas das famílias de pacientes no hospital.

A entrevista realizada com a categoria do Serviço Social, ocorreu presencialmente da seguinte forma: realizamos com uma profissional do plantão diurno, onde não conseguimos concluir com a mesma profissional em decorrência de várias demandas que iam surgindo. Diante do exposto, concluímos a entrevista dando continuidade com a profissional do plantão noturno. Utilizando o aplicativo “Gravador de voz para Android”.

Com essas entrevistas por telefone realizada com familiares e/ou responsáveis, buscou-se perceber os diferentes momentos no decorrer do tempo que podem divergir das inúmeras necessidades e atividades dos usuários e da relação entre eles.

Com a identificação de 28 contatos de pacientes hospitalizados, foi possível realizar 21 entrevistas, em decorrência de contatos indisponíveis e participantes que relataram não ter interesse em participar. Com essa amostra, tentamos colher o máximo de informações para refletir a totalidade das dimensões envolvidas do objeto. O total de participantes foi sendo definido por meio da saturação de informações (MINAYO, 2013).

As entrevistas foram gravadas por meio do mesmo aplicativo “Gravador de voz para Android”, e, após as ligações, foram transcritas pela própria pesquisadora logo após sua execução e de forma subsequente. Este procedimento permitiu ajustar o roteiro de entrevistas quando necessário, requerendo tempo significativo para a realização de todas as entrevistas.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Nas entrevistas semiestruturadas que foram realizadas com os familiares e/ou

responsáveis pelos pacientes com Covid-19, seguiu-se o protocolo (Apêndice A) e o roteiro com perguntas norteadoras (Apêndice B). Essas perguntas foram exploradas, além de possíveis variações individuais que surgiram de acordo com cada relato vivido pelos entrevistados, tais com: o estado de saúde, ala em que estava o paciente e a comunicação nesse processo.

A entrevista realizada com o setor de Serviço Social no HGF, seguiu o protocolo de entrevista (Apêndice E).

4.6 Processo de tratamento das informações e análise dos dados das entrevistas

Os dados sociodemográficos foram analisados utilizando uma análise quantitativa descritiva. As falas dos entrevistados foram transcritas, depois exportadas para uma tabela no Excel e analisadas.

A entrevista realizada com o Serviço Social foi representada com as siglas “AS.1” e “AS 2”, para as entrevistadas e organização das falas.

As entrevistas realizadas com familiares e/ou responsáveis foram representadas pela letra “E”, relacionando a palavra entrevistado, também seguida de algarismo numérico em ordem crescente. Então, houve a organização dessas falas em E1, E2, E3, E4, E5, seguindo a sequência pela quantidade de 21 participantes.

Utilizou-se a análise de conteúdo temática para atingir os significados manifestos trazidos pelos familiares e/ou responsáveis. Segundo Minayo (2013), essa é a forma que melhor atende à investigação qualitativa do material referente à saúde, uma vez que a noção de tema se refere a uma afirmação a respeito de determinado assunto.

De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação dessa comunicação. Tema é a unidade de significação que naturalmente emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para essa leitura. As seguintes etapas foram realizadas para análise temática do Corpus de Dados:

a) pré-análise: consistiu na escolha das entrevistas transcritas a serem analisadas e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa;

b) exploração do material: tratou-se essencialmente de operação classificatória que visou alcançar um núcleo de compreensão do texto. O investigador buscou encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais os conteúdos de uma fala foram organizados;

c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação: nesta etapa os resultados brutos foram submetidos a operações estatísticas simples (porcentagens) que permitiram colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí o analista propôs inferências e realizou interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente (BARDIN, 2009; MINAYO, 2013).

A análise de dados do presente estudo seguiu a sistematização, que teve início com a extensa leitura dos textos transcritos das falas dos entrevistados, onde se extraiu os discursos que mostraram conceitos vividos e experimentados pelos familiares/responsáveis dos pacientes internados com covid-19 na jornada hospitalar e seus desafios nos territórios.

Durante a leitura, foram delimitados temas centrais, com os recortes expressivos, identificando-se a significação de temas centrais. A partir disso, foram designadas as unidades de significado, conforme disposta no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Unidades de significado e análise de conteúdo temática

UNIDADES DE SIGNIFICADO	TEMAS
O papel do Assistente Social na Saúde	O Serviço Social no âmbito hospitalar no Contexto da Covid-19
Atribuições e competências do Assistente Social	
Isolamento social	Estreitamento das relações por meio de meios de comunicação
Visitas suspensas aos pacientes internados	
Insegurança e sofrimento aos familiares responsáveis	
Tensionamento e insatisfação	

Fonte: Elaboração própria.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa respeitou os preceitos ético-legais recomendados na Resolução nº 466/12 no código de ética (BRASIL, 2012), prevendo-se a aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a submissão do projeto de pesquisa à apreciação e parecer do código de ética em Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo esse aprovado com o parecer de número 4.668.463.

A abordagem aos participantes foi realizada por pesquisadores da área de Serviço Social envolvidas no projeto. Analisando os critérios de inclusão, os/as pesquisadores observaram, nos serviços de Emergência e Eletivo, profissionais e familiares de pacientes que apresentavam situações demonstrativas do cotidiano das demandas, com foco na qualificação da informação e comunicação entre os diferentes sujeitos envolvidos na atenção à saúde hospitalar.

Os princípios de não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça da Bioética foram respeitados (KIPPER, 2002). Os participantes convidados, tanto os familiares e/ou responsáveis como os profissionais de saúde, foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, sendo garantida a esses a autonomia, a decisão de participar ou não e a possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa. O respeito ao participante foi valorizado em todo o percurso do estudo e a privacidade lhe foi assegurada.

A seleção dos participantes dos familiares e/ou responsáveis foi realizada pelo setor de serviço social do HGF, buscando, dessa forma, diversos perfis e estágios da jornada hospitalar dos pacientes, afim de conhecer a comunicação com os familiares e/ou responsáveis dos pacientes com covid-19. As entrevistas com os familiares foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora, sendo as informações compartilhadas somente com pessoas que se encontravam envolvidas diretamente com a pesquisa.

O convite aos profissionais de Serviço Social, medicina e enfermagem foi realizado após apresentação coletiva do projeto, identificando o interesse e disponibilidade de engajamento nas etapas de definição de contexto, identificação e análise da jornada de pacientes e/ou avaliação da funcionalidade da solução tecnológica. Foi aplicado o TCLE (Anexo I) a todos os profissionais participantes da pesquisa.

Após o aceite, foi apresentado o TCLE (Anexo I) para a formalização à participação do familiar. A pesquisa também esteve em conformidade com a Lei Geral

de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), sob nº 13.079, sancionada com objetivo de promover a proteção dos direitos fundamentais de liberdade e privacidade, assegurando o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural (BRASIL, 2018).

As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos participantes da pesquisa, sendo garantida a fidedignidade dos relatos. Em relação aos benefícios da pesquisa, o presente projeto pode identificar informações e delimitar objetivos gerais da solução tecnológica de acordo com a identificação das necessidades de informação e comunicação do Serviço Social com a famílias dos territórios da Estratégia de Saúde da Família.

O material obtido pela pesquisa tornar-se-á público por meio desta dissertação, bem como por meio de artigos submetidos para publicação em periódicos científicos. Em respeito ético, haverá a entrega de uma cópia e apresentação da dissertação no local do estudo, a fim de devolver ao mesmo, o conhecimento produzido e promover reflexões naquela realidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O foco deste estudo foi caracterizar as jornadas e necessidades dos pacientes e suas famílias no processo de comunicação com o Hospital Geral de Fortaleza nos territórios da Estratégia de Saúde da Família.

O caminho percorrido foi coletar os fluxos e dificuldades da comunicação com os familiares dos pacientes hospitalizados no Hospital Geral de Fortaleza com Covid-19 e desafios enfrentados pelo setor do Serviço Social. E assim, determinar quais são os conteúdos principais que devem ser incorporados no desenvolvimento do protótipo funcional. Por meio dessas falas, houve apropriação das vivências de comunicação entre o hospital e os territórios no cenário de pandemia.

Os resultados da análise das entrevistas realizadas com familiares dos pacientes foram necessários para a construção do protótipo de alta fidelidade para comunicação entre o Hospital e as famílias dos territórios da Estratégia de saúde da família, de acordo com as informações e delimitações das necessidades apresentadas (**Quadro 2**).

Quadro 2 - Categorias analíticas e eixos temáticos da pesquisa

Categorias Analíticas	Eixos temáticos
A Atuação do Assistente Social em Âmbito Hospitalar	Desafios dos assistentes sociais na linha de frente da Covid-19.
A Família e a comunicação com o hospital: pacientes internados com Covid-19	Estreitamento da relação com familiares dos pacientes internados.

Fonte: Elaboração própria.

5.1 A Atuação do Assistente Social em Âmbito Hospitalar

A primeira categoria analítica não poderia deixar de ser a atuação do Assistente Social em Âmbito Hospitalar. Por meio dos relatos dos familiares/responsáveis, foi possível conhecer a falta de informação dos usuários quanto a atuação dos profissionais de Serviço Social nos Hospitais.

O serviço social é quem mais faço as tentativas, mas elas sempre dizem que não tem informações clínicas do meu pai (E2)

O serviço social é o único contato que temos para reclamar da falta de comunicação (E8).

O trabalho do assistente social está intrinsecamente relacionado com os princípios do SUS, objetivando o atendimento de qualidade à população usuária e reconhecendo que a dimensão social da saúde, operacionalizada pela política brasileira, ampliou a inserção do Serviço Social.(BRAVO, 2007). A inserção dos assistentes sociais nas políticas sociais é histórica, realizando crítica ao assistencialismo e ao clientelismo e, ainda, da ausência de mecanismos democráticos de controle social; participando da luta na constituição, na definição da legislação complementar das políticas de seguridade

O assistente social apresenta-se como integrante essencial na equipe multiprofissional hospitalar, cabendo a esse um papel fundante de analisar, investigar e perceber as mudanças estruturais do processo capitalista e as expressões da questão social e suas particularidades. (CEFSS 2010).

O serviço social sempre nos recebia quando precisava saber do meu pai (E19).

Sempre liguei para o serviço social (E17).

O Serviço Social dispõe de um amplo campo de atuação. No entanto, o assistente social deve ter uma postura responsável e coerente, levando-o a desempenhar sua atividade profissional de acordo com a ética e formação profissional. Nesse contexto, o trabalho torna-se mais exigente, uma vez que o assistente social está na produção evolutiva do capital, precisa ter um perfil analítico, consciente e ético-moral, com atributos que lhe permita agir eticamente com capacidade de responder por seus atos (BARROCO, 2011).

[...] Em um processo de socialização formar um caráter ou um senso ético moral; quando é adulto, de acordo com as possibilidades do seu contexto e formação, pode dizer não a valores e as normas, adotando outra referência que se aproximem mais ou menos de suas necessidades e experiências socioeconômicas e político-culturais (BARROCO, 2011, p. 77).

Para tal compreensão, compete ao assistente social entender seu papel diante desse espaço globalizado, observando a dialética política e social em seus variantes efeitos desiguais dos direitos sociais. Isso tem exigido cada vez mais um profissional que possua uma criticidade própria. Assim, o Código de Ética é um documento

direcionador para que esses profissionais possam desempenhar suas atividades em conformidade com as atribuições e competências, tendo um olhar democrático.

A profissão do assistente social tem sua legitimação pela Lei nº 8.662 de 07/06/93, complementada pela Resolução nº 293/94 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), conforme regulamenta o Código de Ética Profissional. Tem por propósito o compromisso de assegurar a defesa e garantir os direitos de profissionais e usuários.

O Código de ética de 1993 aponta o amadurecimento da profissão, constituído por debates que aconteceram no processo de elaboração e aprovação. É um documento de alta relevância de modo que o Código regulamenta o reconhecimento da liberdade e da justiça social, sem exploração e dominação de classes, etnias ou gêneros, fator fundamental na construção do sujeito, cujo propósito está na transformação da sociedade brasileira. O assistente social tem sua atuação norteadada pelo princípio da justiça social, diante dos direitos individuais e coletivos em favor dos menos favorecidos (BARROCO 2012).

5.1.1 Desafios dos assistentes sociais na linha de frente do covid-19.

No contexto de desmonte das políticas sociais e agravamentos das desigualdades sociais, a determinação social do processo saúde e doença influencia tanto as condições de enfrentamento quanto aos óbitos a covid-19.

Passava o dia todo ligando para o SERVIÇO SOCIAL, mas sempre ouvia as mesmas coisas... calma, que ainda iam ligar. Cheguei a pedir ajuda nas redes sociais se alguém conhecia ou trabalhava lá para ver minha mãe de perto. É angustiante (E1).

Muitos familiares/responsáveis afirmaram ter sido bem acolhidos pelos profissionais de serviço social. Conforme relatos, houve muita satisfação pelos atendimentos:

Fomos bem orientados e acolhidos pelo Serviço Social (E1).

Fui bem acolhido e esclarecido de como seria esse período que minha mãe irá ficar no hospital (E3).

Assistente social muito atenciosa (E6).

Parabenizo esse setor, que acolhe tão bem os familiares (E9).

No SUS, os serviços de saúde estão organizados em rede e o trabalho e as práticas de saúde estão orientados pelo trabalho de equipes multiprofissionais e multidisciplinares. O cuidado em saúde prevê a construção de vínculo, o diálogo, o acolhimento, a interação, a escuta e a negociação. Araújo (2009) ressalta que para realizar o cuidado em saúde é necessária a interação entre profissionais, usuários e familiares, e a comunicação é o meio de interação entre esses. Deste modo, a comunicação é fundamental e relevante para a construção de vínculo, de novos modelos de assistência em saúde, na adesão ao tratamento, para a prevenção e promoção, no desenvolvimento da autonomia, na participação ativa dos cidadãos, e para a efetivação do trabalho em equipe (ARAÚJO, 2009).

Com as mudanças nos fluxos da unidade, o Serviço Social também buscou ao máximo manter o vínculo com as famílias mesmo diante de todas as limitações. De acordo com AS.1, sobre Admissão desse paciente no hospital, a admissão social foi extremamente necessária para facilitar o processo de comunicação entre o hospital e família:

Existem outros momentos que a gente não tem esses contatos, sendo necessário busca ativa para poder localizar esses contatos, aí às vezes a família liga e a gente consegue fazer. Realizamos a entrevista social para fazer a ficha de acompanhamento social. Nosso primeiro atendimento com a família é esse para fazer esse processo. Geralmente a gente faz a ficha de acompanhamento social, às pessoas que fornecem as informações e elas elegem quem é a pessoa de referência dos dois contatos que irão receber as informações e o médico faz um contato apenas. E aí com as opções que foram deixadas aqui, quem atender recebe as informações (AS.1).

Mesmo com a sobrecarga das demandas do novo cenário da pandemia, pode-se observar nas falas a importância do acolhimento do setor como o elo de atendimento do hospital com as famílias dos pacientes internados. Como assistente social, é possível afirmar que foi necessário reinventar o serviço social como parte integrante na equipe multidisciplinar. As falas dos entrevistados E5 e E12 permitem a reflexão sobre o aumento dos atendimentos e, conseqüentemente, o acréscimo no tempo de espera dos familiares no setor do serviço social do HFG:

Fui muito bem acolhida pelo serviço social. Só a demora que foi quase 30 minutos esperando para entrar na sala delas (E5).

O Serviço Social acolheu e fez uma ficha com informações pessoais da minha mãe. Muita gente aguardando atendimento, uma fila para falar com elas (E12).

Talvez, os demais profissionais não reconheçam que também os assistentes sociais compartilham do mesmo sofrimento mental e físico. No que se trata sobre apoio, foi relatado pelo AS.1 que o apoio da equipe de psicologia foi necessário nesse momento.

Assim, para as unidades que possuem psicólogos disponíveis na equipe multiprofissional, a gente consegue ter um diálogo... e a família também fica tendo esse apoio da Psicologia, para nós do S.S é muito positivo para quanto a gente também compartilha as experiências e conversa. Mas é importante também destacar que alguns profissionais, alguns assistentes sociais já fazem terapia por meios próprios. Já há muito tempo faz isso. Eu sou uma delas, eu faço terapia já há três anos, então é muito importante essa questão da saúde mental no nosso dia a dia. Pois o nosso fazer profissional muitas vezes nos exigem um esgotamento físico e mental muito grande, mas a gente precisa entender e saber que nos nossos processos de trabalho a gente vai fazendo tudo dentro do possível, dentro do nosso código de ética, dentro das legislações, dentro dos parâmetros da saúde e da política de humanização. A gente precisa dar o melhor atendimento e o mais humano possível a todas essas famílias que chegam para nós com demandas das expressões da questão social e que a gente precisa atender a essa demanda por meio de mediações e por meio das nossas atribuições e competências (AS.1).

As intervenções de diversos profissionais são diretamente ao paciente, e o assistente social esteve à frente do atendimento as famílias dos pacientes internados com covid-19, sendo também mediadores dos demais profissionais do hospital, para que as famílias tivessem o acesso a informação e amenizar assim o sofrimento. Ainda sobre o contato com o serviço social, os entrevistados puderam relatar o seguinte:

Só tive o contato por telefone. (E7)

O contato que tivemos com o serviço social foi uma vez quando pediram produtos de limpeza (E8).

Mesmo diante da lotação, com as implantações dos anexos e o aumento de leitos de covid-19, o serviço social do HGF passou a enfrentar vários desafios nos atendimentos, intervenções e articulações com a rede, principalmente com a comunicação.

O serviço social, mas sempre falam que não tem informações do quadro do meu irmão. Fiz a ligação porque quando ele ficou lá, passamos mais de 24 horas para receber a primeira informação (E4).

Várias vezes, ligava para o serviço social me pediam para aguardar e que os pacientes estavam sendo avaliados. Ligava para recepção e ficavam transferindo, mas sempre sem sucesso. A alternativa sempre foi ter que esperar pela boa vontade de ligarem (E5).

Sobre a articulação com a rede podemos refletir sobre os desafios enfrentados pelo Assistente Social através da fala da AS. 1:

Nesse momento a rede se fez mais necessária do que nunca né? Porque são direitos que a gente precisa estar mediando e efetivando. São eles direitos previdenciários e assistenciais, ou até mesmo pelo simples auxílio funeral, mas que a gente precisa e às vezes a gente se esbarra, né? Num momento também que foi de troca de governo, de dificuldade nos municípios de licitação e é até mesmo da rotina do trabalho com a pandemia. Alguns municípios acabam diminuindo as suas atividades, fazendo rodízio com os seus trabalhadores, mas a rede precisa caminhar. E aí um grande exemplo é o INSS, né? Que os pacientes precisam acessar os seus direitos previdenciários. Principalmente nesse momento de um período grande de internação. E que são meses na espera, né? Porque acaba que o atendimento presencial não está ocorrendo, apenas online, às vezes é difícil, porque o nosso público também não tem um certo conhecimento, não tem o celular para poder baixar o aplicativo e uma ligação no 135 demora. Muitos são os documentos que pedem, muitas comprovações, então articular a rede é um desafio realmente. E além disso a gente também quando recebe um morador de rua. Um grande desafio tem sido articular O Retorno de um morador de rua de alta covid passa a necessitar uma alta social. Não tem uma casa de acolhimento que eu receba pois vai depender do quadro clínico dele, quando precisa de mais cuidados como é que ele vai? porque quando ele sai bem, consciente e orientado. A gente encaminha para o centro pop e vai ter um acompanhamento. Mas quando não quando não tem os vínculos familiares, não tem referência de ninguém para onde é que a gente vai encaminhar esse paciente? então acaba que o hospital fica com esse paciente, até buscar de alguma forma alternativa e às vezes essa alternativa não chega, né? (AS.1)

É importante refletir que o assistente social está inteiramente interligado com o fundamento teórico, metodológico, ético político e técnico operativo. Nesse sentido, o projeto ético está pautado em visão totalizante e tem na questão social o alicerce de sua fundamentação (CEFSS 2010).

Após a análise do conteúdo, percebe-se claramente a falta de conhecimento dos entrevistados familiares/ou responsáveis pelos pacientes, acerca da atuação do assistente social dentro do Hospital, o que torna mais desafiador para os profissionais dessa categoria diante das suas intervenções:

O Serviço Social nos recebeu muito bem, mas não consigo entender porque não podemos ter informações dos pacientes com elas [...] (E2).

Hoje ele está na UTI. Sabemos que é grave e que o contato fornecido do Serviço Social, elas não sabem falar sobre ele. Todo dia é um aperto grande esperando esse telefone tocar para saber se ela teve melhoras (E3).

Segundo Martinelli (2007, p. 23), o assistente social trabalha com pessoas vulnerabilizadas que pedem um gesto humano para que possam se fortalecer na sua

própria humanidade: um olhar, um sorriso, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento. Abordar sobre o profissional de Serviço Social na saúde é necessário, levando em conta todo o processo de trabalho que envolve sua atuação.

A área da saúde, para os profissionais de Serviço Social, é vista como um desafio profissional por conta das vulnerabilidades sociais e econômicas apresentadas como demandas diárias. É necessário que esse profissional conheça as políticas que norteiam a área e as referências específicas como as principais patologias, para compreender o contexto o qual está inserido.

A Orientação Normativa n. 3/2020 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais, vem destacar que o/a assistente social é responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes.

O serviço social sempre nos recebia (E19).

Serviço social [...] e em seguida fui orientada a entrar em contato com a ouvidoria do hospital para esse registro de reclamação (E7).

No que se refere à leitura de boletins de saúde, também não é competência dos/das Assistentes Sociais informarem ao paciente e/ou aos seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos, responsabilidades essas que devem ser assumidas por profissionais que decidem sobre os procedimentos adotados e as condutas assumidas.

Assistente social falou que todos os dias o médico ligaria, e passaram todas as informações do meu pai por telefone (E11).

Tem seguido uma organização. Como já disse, só ligam depois que me estresso reclamando no serviço social (E12).

Mioto e Nogueira (2006) evidenciam que, por estar situado no processo de trabalho coletivo em saúde, o assistente social, pautado na lógica dos direitos e da cidadania, a organização do seu trabalho:

[...] abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a

saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização dos direitos (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 282).

5.2- A Família e a comunicação com o hospital: pacientes internados com Covid-19

Os sujeitos entrevistados nesse estudo se caracterizam como os responsáveis pelos pacientes envolvidos nesta pesquisa. Essas informações com os contatos telefônicos foram disponibilizadas pelo Serviço Social do HGF e autorizados pela Direção Geral, conforme o anexo B.

A Tabela 01, descrita adiante, caracteriza os participantes das entrevistas sob o aspecto sociodemográfico.

Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados

	N	%
Gênero		
Masculino	3	14%
Feminino	18	86%
Idade		
30-40 anos	11	52%
40-50 anos	7	33%
51-60 anos	3	14%
Escolaridade		
Ensino Fundamental	8	38%
Ensino Médio Completo	9	43%
Cursando Ensino Superior	1	5%
Ensino Superior	2	10%
Analfabeto(a)	1	5%
Município de Residência		
Fortaleza	10	48%
Maracanaú	2	10%
Eusébio	1	5%
Itaitinga	1	5%
Juazeiro do Norte	1	5%
Caucaia	2	10%
Aquiraz	1	5%
Pacatuba	1	5%
Maranguape	2	10%

Fonte: Elaboração própria.

Nota-se que a maioria dos participantes (86%) é formada por mulheres, e a

faixa etária predominante foi 30-40 anos (52%), com escolaridade variada, mas (43%) das pessoas possuem Ensino Médio completo, e devido à complexidade do Hospital e estrutura, foram identificados diversos municípios de residência, predominando a capital de Fortaleza, com 48%.

O HGF, tendo por base o Decreto nº 33.510 de 16 de março de 2020, modificou o funcionamento de seus serviços, a exemplo da suspensão, por tempo indeterminado, da realização de consultas ambulatoriais, exames e cirurgias eletivas. Além disso, o próprio espaço físico foi redimensionado, com o objetivo de ampliar a disponibilização de espaços para pacientes com suspeita ou diagnosticados com COVID-19.

Em visita, foi possível compreender a complexidade dos serviços disponibilizados na unidade hospitalar, e ampliação de leitos de covid-19 para atender a população. O hospital, além de passar por ajustes para se readequar às demandas crescentes dos casos de internamentos, passou a disponibilizar também anexos de tendas para receber mais pacientes e, conseqüentemente, mais profissionais para atuar na linha de frente.

Poderia ser muito melhor, pelo porte desse hospital. Ter uma equipe exclusiva só para isso, fazer a comunicação com as famílias (E8).

Precisa melhorar essa aproximação do médico com a família já que as visitas estão proibidas (E10).

Achei muito rápido a fala do serviço social sobre como seria, entendo que eram muitas famílias esperando, mais o hospital deveria ampliar essas profissionais já que só elas têm o contato conosco (E3).

Nessa perspectiva de ampliação dos leitos e ajustes com o aumento de internamentos, questionamos ao Serviço Social sobre a visita aos leitos e como passou a ser o controle interno do setor de informações dos pacientes internados:

Sim, no nosso processo de trabalho a gente começa de manhã sempre tirando o GPS, conferindo os pacientes que estão na unidade. As Faces que já existem e as que ainda não foram feitas, no caso a ficha de acompanhamento social para a gente poder sinalizar e ligar para Famílias para que não possui ainda a ficha de acompanhamento social feita. A gente faz por telefone das unidades covid e as não unidades covid, se for melhor comparecer a gente faz presencial e se não por telefone também a gente faz. Sempre no começo do plantão fazemos isso, porque durante o plantão a gente vai acompanhando e aos pacientes que já tem, os que não tem, quando a gente é sinalizada a questão da transferência do paciente para outra unidade, a gente comunica a família como também quando o paciente chega na unidade.

Então esse processo é muito importante quando as unidades realizam essa informação para a gente, nem sempre acontece de forma eficiente também porque muitas vezes as unidades não informam ao serviço social e a gente só descobre por meio do GPS. O GPS é apenas o senso diário de cada unidade que tem a questão do paciente. Exemplo, No Hospital campanha a gente tira um GPS pela manhã que consta todos os pacientes que estão no hospital campanha, e aí a gente sinaliza os que têm e os que não tem. E muitas vezes não somos informadas quando o paciente é transferido. (AS.1).

Pitta (2000), Araújo (2009) e Deslandes (2009) trazem a habilidade comunicacional como um importante aspecto da formação dos profissionais de saúde, uma vez que a efetivação do SUS depende da efetivação das redes de conversação e da habilidade de interação e comunicação dos profissionais de saúde. Pitta (2000) salienta que o campo da comunicação em saúde necessita de profissionais com uma formação mais ampla e complexa das tradicionais atividades da comunicação.

Ainda sobre o Serviço Social acompanha, media e organiza essa comunicação com as famílias sobre o quadro clínico dos pacientes, AS.1 informou com ocorre:

Todas as vezes que a gente envia a lista, ao final do plantão entre as 18:00 ou 18:40 no máximo, a gente recebe as fotos da comunicação realizada ou não. A gente vai nas unidades que a gente pode ir. A gente vai e recolhe as listas com as comunicações que foram realizadas e nas unidades covid. A gente pede as enfermeiras para bater a foto e mandar para o nosso telefone, no nosso WhatsApp para poder a gente acompanhar e imprimir e deixar na caixinha da unidade para poder a gente saber quais as famílias que receberam a comunicação e quais não receberam para que possamos reforçar no outro dia com a equipe multiprofissional que a comunicação foi eficiente ou não, e conversando isso também com a nossa coordenação que tem esse instrumento de diálogo e mediação com a direção para que a para que a comunicação seja eficiente(AS.1).

5.2.1 Estreitamento da relação com familiares dos pacientes internados

A determinação pela suspensão de acompanhantes e de visitas para todos os pacientes internados incorreu em mudanças substanciais no contato com as famílias, pois a comunicação passou a ser realizada, em maior parte, por contato telefônico. Entrementes, permaneceu o atendimento presencial às famílias pelo Serviço Social, que esteve na linha de frente do atendimento, na ocasião de admissão do paciente pelo setor da emergência geral e no serviço de Acolhimento Familiar. O Serviço Social reafirmou, assim, seu importante trabalho enquanto mediador entre as necessidades das famílias e da assistência hospitalar.

Foi explicado sobre a suspensão das visitas e como seria a comunicação durante o internamento (E1).

Foi explicado que todos os dias iremos receber informações e que talvez uma chamada de vídeo também, mas até hoje só falamos com os médicos e que muitas vezes não conseguimos entender nada sinceramente (E2).

Elas explicaram que não é permitido ficar acompanhante, solicitou produtos de higiene e falou também que todos os dias iremos receber ligações. Que não possui um horário fixo, forneceu também o número do serviço social (E4).

Ficou muito claro as informações, porém a angústia já começou quando ela disse que deveríamos aguardar a disponibilidade dos profissionais que estão com minha mãe realizarem o contato (E5).

Fiz a ficha social onde pediram muitas informações. Foi uma conversa muito proveitosa e acolhedora (E10).

Que não poderia ficar com acompanhante (E21).

Um dos agravantes da Covid-19 é a necessidade do isolamento social, já que um paciente internado com a doença não pode receber visitas de parentes e amigos para evitar a transmissão do vírus. Assim, são inúmeras as demandas e principalmente por informações dos pacientes hospitalizados. São diversos os desafios do Assistente Social para mediar essa comunicação no que se trata dos boletins de saúde e articulação com a rede.

Então assim, como está no nosso código de ética e nas nossas atribuições privativas e competências dentro da nossa atividade na área da saúde, nós assistente sociais não podemos passar informações clínicas do paciente. Então o que é que nós fazemos? Nós fazemos uma lista de contatos da família e das pessoas de referência, todos os dias atualizamos e encaminhamos para as unidades para que a comunicação seja feita com um médico assistente. Essa comunicação muitas vezes não acontece ou não é eficiente, por uma questão médica... o médico muitas vezes não faz a comunicação. Então quando a gente atende essa família tenta mediar, tenta conversar com a equipe médica e informar que a comunicação não está acontecendo. Como também fornecemos orientações para poder a família recorrer a ouvidoria do HGF e também o Ceará transparente que é a ouvidoria do estado em relação a essa falta de comunicação. Então nós como assistentes sociais utilizamos a nossa mediação para conversar com a equipe multiprofissional e tentar sensibilizar a equipe para realizar esses contatos através do esforço que é fazer essas listas e atualizar essas listas diariamente para poder fornecer aos médicos esses contatos de referência para que a comunicação seja eficiente (AS.2).

Segundo Silva e Baptista (2015), na redefinição da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2014, encontra-se em discussão de que maneira a promoção da saúde contribui de forma articulada para fomentar a qualidade de vida, as políticas

de saúde e o desenvolvimento integral da sociedade brasileira. Neste sentido, um dos destaques refere-se à intersetorialidade que busca construir, em meio à complexidade do setor da saúde, o debate da promoção da saúde nas ações promovidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A PNPS de 2014 reconhece a trajetória da política do SUS, mas retoma algumas questões como, por exemplo, a discussão de risco à saúde decorrente dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Em relação ao formato dessas informações dos boletins de saúde, pode-se refletir, conforme as falas dos entrevistados, que não existiu uma padronização específica na hora da comunicação. Alguns relatam que receberam chamadas de vídeos ou ligações de voz, e que essas intervenções eram realizadas por psicólogos, fisioterapeutas e médicos:

Sempre era médico e umas três vezes psicóloga, nunca o serviço social. As informações não eram suficientes, e quando os médicos falavam nem sempre compreendia a linguagem por ser muito técnica (E1).

Nas ligações o médico tem falado, nunca falei com o psicólogo de lá. O serviço social apenas na admissão quando deixei meu pai lá, e todas as vezes que atendem quando quero saber se ainda vão ligar. Pois não tem um horário correto, até entendendo que as demandas são diversas, mas seria melhor se fosse mais organizado (E2).

O médico. Outro dia foi a enfermeira. Mas as vezes que recebia as ligações eram o médico mesmo. Porém teve dois dias que não recebemos nenhuma informação. Foi por isso que tive que ir até lá, fazer confusão, pois saber ao mesmo que ela estava viva já era o suficiente (E5).

No segundo dia que ele esteve lá, recebemos uma chamada de vídeo, uma funcionária que estava no anexo fez. No terceiro dia a psicóloga ligou e conversamos, no quarto dia fui comunicado da alta (E9).

Estou recebendo ligações da psicóloga, mas nunca falei com médico. Gostaria de agradecer o serviço social, psicologia do hospital que me acolhe por telefone. Ontem ela fez uma ligação de vídeo, foi muito especial para mim saber que não estou só (E10).

O médico, graças a Deus eles têm ligado (E11).

O serviço social ligou para mim comparecer ao hospital que o médico lá falou com a família, o coração já aperta e comecei a chorar (E17).

No que se trata às competências profissionais do Assistente Social, é necessário conhecimento e articulação em atos de resistências ao nosso projeto ético político. O ministério da Saúde recomendou, por meio do documento “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19, “[...] que o Serviço Social realizasse a comunicação de óbito a familiares, amigos e responsáveis durante a pandemia” (BRASIL, 2020).

A partir do momento que a gente recebe a notificação de óbito, a gente escreve no livro de ocorrências de onde o paciente é, o nome do paciente, a unidade, o leito e o horário do óbito. E aí a gente escreve, quando é que foi realizada a comunicação com a família e que convocamos a família até o hospital. Diante de um agravamento do quadro da paciente na qual o médico precisa conversar com essa com a família. E aí a família se dirige até o hospital para poder fazer todo o processo de escuta, acolhimento e diálogo com o médico da comunicação do óbito, e depois a gente dá as orientações dos procedimentos de reconhecimento e liberação do corpo se a família tem problema funerário ou não. E todo esse trâmite do serviço de entrega de óbito é com o lugar que fica responsável por todo esse processo (AS.2).

Percebe-se que, com a pandemia, as orientações e essas admissões passaram a ser mais dolorosas, não somente pelo fato do vírus em si, mas pela ansiedade de informações dos pacientes. Nesse momento, foi perguntado sobre os contatos disponibilizados ao hospital para ocorrer a comunicação entre a unidade e os responsáveis. Foram obtidas respostas, tais como:

Decidi deixar o meu contato por se tratar da filha mais jovem e mais saudável para repassar para o restante da família (E1).

Deixei o meu telefone e pedi que tudo fosse direcionado para mim (E2).

Me pediram dois contatos, mas quis deixar somente o meu (E3).

Repassei o meu contato, e todos os dias fico esperando essa ligação. Ansiedade toma conta de mim. Ahhhh, e da minha família também. Presto sempre atenção e às vezes até pego uma folha para anotar pois tenho que informar para todos aqui em casa. É um grande nervosismo que sinto (E4).

Deixei o meu contato, pois minha esposa também estava em casa muito doente, abalada pelo nosso filho. Evito que ela assista essas notícias de tantas mortes com a covid (E9).

Frente a essa realidade, os mecanismos de informação e comunicação dos profissionais de Serviço Social foram reconfigurados, estreitando a relação com familiares por meio de ligações telefônicas, videochamadas ou, em alguns casos, presencialmente.

Todos os dias não tinha um horário certo, então era uma agonia grande na expectativa se iriam ligar ou não. Ligava diversas vezes para o contato do Serviço Social, porém elas sempre diziam a mesma coisa, é preciso aguardar, são muitos pacientes e que não tinham informações do quadro do paciente (E1).

A médica que me ligou no terceiro dia foi a melhor, pois sempre que explicava ela me perguntava: você está compreendendo? Uma fala que me passou mais segurança em tudo que ela dizia. Os outros além de falar rápido me deixa bem confusa (E2).

Graças a Deus tenho recebido alguma notícia diariamente (E3).

Já estive três vezes no setor do serviço social querendo notícias mais explicadas. Porém, a informação era aguardar pois elas não podiam dizer nada do quadro clínico da paciente. Mas confirmou que ela estava no mesmo leito e na UTI (E5).

Por meio da nossa vizinha que trabalha lá (E6).

Sempre tinha que ligar reclamando e fazendo confusão (E7).

O serviço social e a ouvidoria do hospital (E10).

Sempre ligo para o serviço social mas eles nunca podem informar como ele está ou não sabem (E11).

Poderia ser melhor, mas seria muito egoísmo não entender tudo que estamos vivendo. Mas poderíamos ter uma chamada de vídeo pelo menos. É uma sugestão. (E4)

Nas falas, compreende-se um misto de sentimentos, e que todos estão relacionados ao medo e angustia. Diante disso, foi perguntado aos participantes das entrevistas qual foi a última notícia que receberam sobre o seu paciente? Algu respostas foram:

Quando minha mãe estava no hospital todos os dias eu recebia ligações do hospital, às vezes pela psicóloga ou pelos médicos (E1).

Ontem, Hoje ainda não recebemos nenhuma informação, mas já ligamos várias vezes para os números que foram disponibilizados, a única informação é que precisamos aguardar. Que já estão ligando, seguimos nessa espera (E2)

Hoje ainda não recebi uma informação, um descaso muito grande. Ainda mais com o quadro que ela estava quando deixamos. Essa doença evolui muito rápido e nós deveríamos saber tudo que se passa por lá (E5).

Recebi até agora duas ligações muito rápidas, tinha muitas perguntas para fazer, mas o médico sempre muito direto e disse que ainda tem mais ligações para fazer (E7).

Quando minha mãe estava internada, todos os dias eu recebia uma ligação, mesmo que de forma rápida. (E6).

Meu filho esteve lá, foi muito bem atendido, ele só passou quatro dias, nesse período eu recebi ligações e uma chamada de vídeo (E9).

Estou recebendo ligações da psicóloga (E10)

Tem sido um grande problema pois só sabemos de alguma notícia quando vamos até lá e eles ficam de ligar todos os dias (E12)

Todos os dias tenho informação (E19)

É extremamente importante o uso de ferramentas que visem facilitar a participação dos familiares no cuidado, tornando-se um elemento indispensável para

a comunicação eficaz com a equipe de saúde, através do atendimento humanizado, transmitindo confiança e segurança aos pacientes e familiares nesse momento de pandemia (SAÚDE DEBATE, 2020).

Assim a gente tenta muito sensibilizar a equipe nesse sentido, existem equipes e equipes, setores e setores, então existem equipes que a gente sabe que pode ter esse suporte, esse diálogo e esse trabalho mais humanizado. E a gente sabe as dificuldades e os limites institucionais de outras unidades que não tem esse apoio tão grande. Então assim, dentro dos nossos processos de trabalho a gente tenta as mediações e esse diálogo sempre com a equipe multiprofissional dentro das nossas competências e atribuições, e deixando esse diálogo cada vez mais dentro da questão para o usuário para a resolatividade das expressões a questão social para a família. E que esse direito social, direito à saúde, esse direito à informação funcione e seja assegurados (AS. 2).

Por isso, para além da informação, há necessidade de fazer uma boa comunicação, para que ambas surtam efeitos significativos, de maneira que as pessoas, de forma coletiva, mudem de comportamento e de atitude, para o bem da maioria, a partir de ações que sejam ressignificadas, enquanto estratégias da promoção da saúde.

De fato, foi tudo esclarecido, de como seria o internamento pelo Serviço Social, desde o início ficamos cientes da suspensão das visitas e como seria a comunicação. Fiz vários questionamentos, porém acredito que pelo momento o medo de não ver mais o meu pai me deixou muito nervosa (E2).

O único contato disponível foi o Serviço Social que todas as vezes que ligo sempre está com sinal de ocupado (E3).

Não, sempre falavam as mesmas coisas, os parâmetros dela e que ela ainda estava entubada. Quase todos os dias eram essas as informações (E5).

E como falei, soubemos que ela foi para UTI por força amiga. Quando o médico ligou para falar dela, eu questionei que ela tinha ido para UTI dois dias atrás e só ficamos sabendo pelo o hospital bem depois. Com isso, fiquei nervosa (E6).

Em relação ao apoio à família tem sido muito positivo, mas sinto falta das informações do médico (E10)

Não, só ficamos sabendo que ela estaria na UTI com quase 24h (E17).

Fizemos o contato com a ouvidoria do hospital para reclamar pois nunca o médico falou conosco (E10).

Observa-se que dos 21 participantes apenas 1 familiar/responsável relatou insatisfação do acolhimento do serviço social, pois o paciente foi transferido da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) diretamente para o Hospital e sem acompanhante. Os contatos foram realizados de acordo com as informações

repassadas pela unidade de origem, fazendo com que essa família/responsável não tivesse o contato presencialmente com o setor:

O serviço social da upa me informou o contato do serviço social de lá, mas elas confirmaram os dois contatos e disseram que os médicos ligariam (E8).

Entretanto, houve nas entrevistas relatos de tentativas de buscas de informações dessas famílias, o que ocasionou mais sofrimento e desespero:

Uma falta de respeito com a família. Vários dias fiquei sentada na calçada de lá, na minha cabeça estava mais perto dela. Minha vizinha como já lhe disse foi um anjo para amenizar nosso sufoco (E6).

Serviço social e em seguida fui orientada a entrar em contato com a ouvidoria do hospital para esse registro de reclamação (E7).

Procurei a ouvidoria e o serviço social (E14).

Sempre o serviço social e duas vezes a ouvidoria do hospital (E17).

Os familiares/responsáveis que foram entrevistados apresentaram insatisfação em suas falas sobre a comunicação do hospital. Apenas três participantes não relataram queixas ou reclamações sobre informações dos seus pacientes, acredita-se que pelo fato de os pacientes terem ficado com o aparelho celular e internado no anexo:

Minha filha já está em casa, mas quando estive lá ficou com o telefone (E13).

Quando ela esteve lá, ela ficou com o telefone (E15).

Quando meu irmão esteve lá eu falava com ele por telefone, chamada de vídeo, mas do celular dele (E21).

Ainda sobre a forma dessa comunicação, foi solicitado aos entrevistados que descrevessem numa única palavra a comunicação com o HGF sobre o seu familiar.

Quadro 3 - Descrição sobre a comunicação

Péssima	E5, E17, E18, E20
Ruim	E7
Razoável	E1
Boa	E3, E9, E11, E19
É preciso melhorar	E2, E4, E8, E10, E12, E14
Uma falta de respeito	E6
Não tenho o que falar	E13, E15, E16
Complicado	E21

Fonte: Autoria própria.

Diante do Quadro 3, pode-se analisar, de acordo com os entrevistados, 04 afirmaram ser péssima, 01 ruim, 01 razoável, 04 declaram como BOA, 06 que é necessário melhorar, 01 participante disse que é uma falta de respeito, 03 entrevistados disseram não tem o que falar e 01 afirmou ser complicado.

É importante lembrar que esse cenário é alicerçado na ideia da participação (KOTLER, 2010). Segundo o autor, em decorrência do fácil acesso às informações e às tecnologias de comunicação, as pessoas passaram a ter mais liberdade para expressar suas opiniões, podem participar de forma ativa dentro das mobilizações e trocar informações constantemente.

No que se trata sobre a jornada do paciente dentro na unidade hospitalar, foi perguntado aos entrevistados se em todos os momentos eles sabiam onde estavam os seus familiares e qual o procedimento que eles estavam aguardando enquanto estavam no HGF. 20 participantes afirmaram que sabiam, com exceção do E20, que relatou: “Não, tinha minhas dúvidas” (E20).

Em seguida, foi perguntado sobre as orientações e informações repassadas foram úteis sobre o internamento hospitalar. Pode-se refletir, neste momento de diálogo, que a necessidade maior deles era saber notícias. Além disso, foi possível perceber, em alguns participantes, o anseio de vê-los por fotos ou vídeos.

Os entrevistados E1 e E3 relataram sobre a informação do Uso de Oxigênio e saturação. Assim, entende-se que os sinais vitais do paciente são de suma importância nesse repasse de informações, e que seja claro, com uma linguagem que eles possam compreender.

Os entrevistados E2, E4, E5, E8, E11, E14, E18 e E19 afirmaram satisfação e compreensão no repasse dessas informações do quadro de seus pacientes. Ressaltou-se como ocorriam os procedimentos e medicações.

Os entrevistados E6 e E12 sugeriram que gostariam, nesse momento de tensão, de receber uma foto ou vídeo do paciente.

Os entrevistados E9, E16, E13 e E15 relataram que não tiveram acesso a orientações. O entrevistado E10 disse que as orientações repassadas foram frágeis e que existiam coisas que ainda não sabia.

A entrevistada E17 gostaria de ter sido comunicada quando ela teve a parada e foi para UTI. “Sei que isso não mudaria a conduta do médico, mas só ficamos sabendo muito tempo depois”.

O entrevistado E20 declarou que no começo da internação foram atenciosos,

mas depois parece que esqueceram.

O entrevistado E21 disse que não existe comunicação.

Para finalizar esse momento, foi ouvido dos familiares/responsáveis quais orientações foram úteis no momento da alta hospitalar. Os entrevistados E2, E3, E4, E7, E8 E E11 e E12, no momento da entrevista, estavam ainda com seus pacientes internados:

O que achei de suma importância foram as orientações da fisioterapeuta de como nos mesmos poderíamos ajudá-la com exercícios diários. A Enfermeira sobre o uso de produtos devido ao ressecamento, sobre visitas [...] (E1).

Fizeram o contato dizendo que ela estava de alta e que precisávamos comparecer às 15h horas. Não lembro bem quem era, mas só disse que era do hospital e que a família poderia ir. Meu coração naquele momento explodiu de alegria pois foram 28 dias nesse sofrimento. Hoje ela está em casa, com algumas dificuldades ainda de locomoção e buscamos a ajuda do posto aqui do bairro (E5).

Recebemos o encaminhamento para o acompanhamento no PSF. Senti falta de alguns pertences. Porém, naquele momento nada importava. Agora vamos focar em sua recuperação (E6).

Os entrevistados E14, E18, E19 e E20 informaram que receberam informações sobre os cuidados em casa com o paciente.

Os entrevistados E9, E 13, E15 e E21 afirmaram que não receberam informações no momento de alta.

O entrevistado E9 não soube informar sobre o momento de alta, pois a sua mãe que foi pegá-lo.

O entrevistado E10 não conseguimos concluir a entrevista, pois a ligação caiu e depois não atendeu mais a chamada, e o E17 o paciente veio a óbito.

A promoção da saúde integra os níveis individual e coletivo (Buss, 2000), ao considerar que o nível individual consiste em atividades voltadas para a transformação dos comportamentos e estilos de vida no contexto familiar e comunitário. Os objetivos destas atividades que estariam no controle dos indivíduos seriam educativas e relacionadas com os riscos passíveis de mudanças como, por exemplo, desenvolvimento de prática de atividade física e alimentação saudável. No segundo nível, as atividades da promoção da saúde estão voltadas para a coletividade e ao ambiente físico, social, econômico, político e cultural mais amplo e em que a saúde seria um produto de vários fatores que promoveriam a qualidade de vida através de um padrão adequado de alimentação, de habitação, de saneamento básico, de condições de trabalho, de acesso à educação.

Após concluir as entrevistas, foi mais um desafio para a pesquisadora deste estudo, enquanto profissional inserida na estratégia de saúde da família, refletir não somente sobre os seus desafios na atenção primária, mas de toda a equipe do HFG, e principalmente das colegas da categoria do Serviço Social.

Corroborando essa ideia, Moraes discute o entendimento da comunicação como uma forma de produção e circulação de informações em saúde, reafirmando sua orientação democrática e equitativa. Segundo ele, são crescentes as discussões acerca do conceito de rede social significativa, o que possibilita a promoção da saúde, considerando-se a integralidade e o impacto social dessas discussões na compreensão das relações e do desenvolvimento social do indivíduo diante das necessidades de saúde, considerando-se o contexto em que se insere. (MORAES, 2007)

Nesse cenário de grande complexidade, podemos considerar cinco conteúdos principais que devem ser incorporados neste protótipo funcional sendo eles: Informações sobre a Jornada do Paciente no HGF, Gestão de Videochamadas com Familiares, Perfil humanizado do paciente, Conteúdos e orientações de acesso a direitos sociais e Gestão de solicitação de laudos e atestados.

O conteúdo de informações sobre a jornada do paciente terá como objetivo diminuir os deslocamentos desnecessários dentro do HGF. Assim os acompanhantes/ou familiares terão acesso a localização atual do paciente e seu histórico de movimentação dentro do hospital, apresentado em formatado de Linha do tempo e mapa no app de forma interativa.

No que se trata da Gestão de Videochamadas com Familiares, a ideia central é o familiar ter um novo meio de comunicação com o HGF de maneira sistematizada com chamadas online e relatórios digitais, onde esse canal de comunicação, será usado pelo Serviço Social e Equipe Multi (Psicologia e Médico).

Sobre o Perfil humanizado do paciente, a família terá espaço e protagonismo para informar dados do paciente para humanização através do app para oferecer à família terá espaço e protagonismo para informar dados do paciente para humanização.

Conteúdos e orientações de acesso a direitos sociais deverá ampliar o acesso aos benefícios sociais e diminuir o tempo de hospitalização, dando autonomia ao serviço social para publicar informações didáticas mais solicitadas. A família terá informação didática sempre à mão e o Serviço Social terá escala para atender a

comunidade por meio de seção no aplicativo com as informações.

E por fim, Gestão de solicitação de laudos e atestados deverá ser incorporado para apoiar a equipe multi nas demandas de atestados em tempo hábil e com funcionalidade e encontrar e solicitar dentro do aplicativo.

6. CONCLUSÕES

O objetivo do presente estudo foi caracterizar a jornada da experiência do paciente e sua família no Hospital Geral de Fortaleza no contexto da pandemia de Covid-19, levando em conta as necessidades de informação e comunicação do Serviço Social com os territórios da Estratégia de Saúde da Família.

Como principais resultados tivemos: 1) A falta de compreensão da população sobre a atuação do Assistente Social no Hospital e os desafios desses profissionais no enfrentamento da pandemia do covid- 19; 2) O Estreitamento da relação dos pacientes e familiares e a qualidade da comunicação nessa jornada hospitalar no contexto da pandemia.

A falta de compreensão da população sobre a atuação do Assistente Social no Hospital e os desafios desses profissionais no enfrentamento da pandemia do covid-19, foi destacada com maior evidência pelos participantes, tendo em vista a insatisfação com a comunicação e a falta de compreensão com as atribuições e competências destes profissionais.

Sobre o estreitamento da relação dos pacientes e familiares e a qualidade da comunicação nessa jornada hospitalar no contexto da pandemia, podemos afirmar que com o novo modelo de admissão dos pacientes internados, os profissionais inseridos neste cuidado buscaram algumas medidas de comunicação para as famílias.

Por meio do diálogo realizado com famílias/responsáveis dos pacientes internados com covid-19 no Hospital HFG durante a realização estudo, foi possível conhecer as dificuldades na comunicação do hospital com as famílias inseridas nos territórios, potencializada pelo pequeno número de profissionais do serviço social e a escassez de dispositivos e ferramentas para comunicação. Também se identificou diferentes formas de repasses dos boletins de saúde, detectando-se ruídos e falhas na comunicação neste processo. Então, por meio das falas dos participantes entrevistados, foi possível observar que as famílias que receberam chamadas de vídeos ficaram mais satisfeitas, bem como aqueles participantes que receberam as informações diariamente.

Destacamos com bastante relevância as funcionalidades e os conteúdos que deverão ser incorporados nessa solução digital como: Informações sobre a Jornada do Paciente no HGF para as famílias, Gestão de Videochamadas com Familiares, Perfil humanizado do paciente, Conteúdos e orientações de acesso a direitos sociais

e Gestão de solicitação de laudos e atestados.

A implementação do CoVive Social, solução em saúde digital para facilitar a comunicação entre os profissionais do hospital, em especial os do serviço social, e as famílias de pacientes hospitalizados deve fazer parte de uma estratégia de aproximação e colaboração das famílias com os hospitais. Uma vez implementado o CoVive Social, devem ser realizados estudos de usabilidade, adesão, eficácia e efetividade.

REFERÊNCIAS

ANAND, G.; KODALI, R. Benchmarking the benchmarking models. **Benchmarking: An international journal**, v. 15, n. 3, p. 257-291, maio 2008.

ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação**. Arquivos Brasileiros de psicologia, Rio de Janeiro, v.61, n.2, 2009.

ANDERSON, J.; MCREE, J.; WILSON, R. Effective UI: The art of building great user experience in software. **OReilly Media**, 2010.

Buss, P.M. (2000). **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177. doi: 10.1590/S1413-81232000000100014

BARROCO, M. L. S. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. São Paulo. Cortez 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Brasília, DF CNS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 191, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acessado em: 07 setembro de 2020.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BROWN, T. **Design Thinking**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

CEARÁ. Governo Estadual. Decreto nº 33.510 de 16 de março 2020. Decreta situação de emergência em saúde e dispõe sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus. **Diário Oficial do Estado**: Fortaleza, CE, série 3, ano 12, n. 053, 16 mar. 2020.

CRESWELL, J. W. *et al.* **Research design**: Qualitative and mixed methods

approaches. London e Thousand Oaks: Sage Publications, 2009.

GARRET, J. **The elements of user experience: User-Centered design for the web.** Berkeley: New Riders, 2003.

GUIMARÃES, E. A. D. Bases para um alicerce seguro. In: MACHADO, A. V. (Org.). **Dez anos de PSF em Campina Grande.** Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

HASSENZAHN, M. User experience and experience design. **The encyclopedia of human-computer interaction**, v. 2, 2013.

KUMAR, V. **101 Design Methods.** A structured approach for driving innovation in your organization. New Jersey: John Wiley & Sons, 2013.

KOTLER, P. **Marketing 3.0: as forças que estão definindo o novo marketing centrado no ser humano.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LIMA, T. C. S. A intervenção Profissional do Serviço Social: Propondo debates sobre ações sócio-educativas. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL. 9., 2004. **Anais [...].** Porto Alegre, PUC/RS, 2004.

LOCKWOOD, T. Design Thinking. **Design Management Institute**, 2010.

Moraes D. **Comunicação alternativa, redes virtuais e ativismo: Avanços e dilemas.** Revista Eptic. 2007 [acesso em 2022 set 20]; 9(2): 224-244. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/epitic/article/download/226/224/>

MATOS, M. C. **Serço Social, ética e saúde: reflexões sobre o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013.

MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde.** 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2008.

NIELSEN, J. Why You Only Need to Test with 5 Users. **Nielsen Norman**, 2000. Disponível em <https://www.nngroup.com/articles/why-you-only-need-to-test-with-5-users/>. Acesso em: 7 ago. 2020.

NORMAN, D. **The Design of Everyday Things.** São Paulo: MIT Press, 1998.

PITTA, Áurea Maria da Rocha; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali. **Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde.** Interface, São Paulo, v.4, n.7 p.61-70, 2000.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. **O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde. SUS: ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

SAFFER, D. Designing for Interaction - Creating innovative applications. **New Riders**, 2007.

SANDERS, E.; STAPPERS, P. J. Convivial Toolbox: Generative Research for the

Front End of Design. **Bis Publishers**, 2013.

SNYDER, C. **Paper Prototyping: The Fast and Easy Way to Design and Refine User Interfaces (Interactive Technologies)**. London: Morgan Kaufmann, 2003.

SOARES, B. C. **Requisitos para utilização de prototipagem evolutiva nos processos de desenvolvimento de software baseado na Web**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

SOMMERVILLE, I. **Engenharia de Software**. 6. ed. São Paulo: Addison Wesley, 2003.

SYSTEM USABILITY SCALE. n.d. (On-line). Disponível em: <https://www.usability.gov/how-to-and-tools/methods/system-usability-scale.html>. Acesso em: 7 ago. 2020.

Silva, P.F. A.& Baptista, T.W.F. (2015). **A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. *Saúde em Debate*, 39(n.spe), 91-104.** doi: 10.5935/0103-1104.2015S005327

SAÚDE DEBATE. **Pacientes da UTI de hospitais de Curitiba recebem vídeos de familiares durante restrição de visitas devido ao Covid-19**. Disponível em: <http://saudedebate.com.br/noticias/pacientes-da-uti-de-hospitais-de-curitiba-recebem-videos-de-familiares-durante-restricao-de-visitas-devido-ao-covid-19>. Acesso em: 07 setembro de 2022

VIANNA, M. **Design thinking: inovação em negócios**. São Paulo: Design Thinking, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of Digital Health Interventions**. 2019. (On-line). Disponível: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260480/WHO-RHR-18.06-eng.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

APÊNDICE A- ENTREVISTA: PROTOCOLO DE CONTATO COM FAMILIARES

1. Bom dia/Boa tarde, tudo bem?

2. Eu me chamo NOME DO PESQUISADOR, sou pesquisador(a) da equipe de tecnologia da **Fiocruz**. Estou realizando uma pesquisa sobre a **comunicação** entre o Hospital Geral de Fortaleza e as famílias de pacientes internados com Covid, neste período de suspensão das visitas.

3. Recebi seu contato por meio do HGF, e fui orientado a conversar com o Sr./a Sra. NOME DO FAMILIAR. Seria você mesmo?

a. **Se sim:**

Muito prazer em conhecê-lo(a), Sr./Sra NOME DO FAMILIAR. Gostaria de convidar você a dar uma entrevista sobre como foi está a comunicação do hospital sobre o paciente NOME DO PACIENTE.

Queremos ouvir sua opinião sobre a maneira como essa comunicação aconteceu: o que você sentiu falta, como gostaria que tivesse sido comunicado.

Essa entrevista será por telefone e levará cerca de 20 minutos. Caso você aceite participar da entrevista, podemos realizar agora ou agendar o melhor horário. Além disso, a sua participação é voluntária. Você não será penalizado se não quiser participar, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa da FIOCRUZ com o HGF.

Você aceita o convite de participar da entrevista?

i. Se sim:

Muito obrigado pela sua participação! Você está disponível agora ou gostaria de agendar um horário mais conveniente?

(No momento da entrevista, seguir o 4. Guia da entrevista).

ii. Se não:

Muito obrigado pela sua atenção! Desejamos muita força para você e sua família neste momento difícil. A Fiocruz agradece sua atenção.

b. **Se não:**

Muito obrigado, Sr./Sra NOME INFORMADO. O/A Sr./Sra. NOME DO FAMILIAR está disponível? Quando seria possível entrar em contato com ele/ela?

1. Guia de Entrevista

A entrevista será gravada com sua autorização, porém toda a conversa permanecerá em sigilo dentro dos padrões éticos de pesquisa da Fiocruz e do HGF. Caso você tenha qualquer dúvida sobre a entrevista, estou à sua disposição para esclarecê-lo(a).

Posso gravar esta entrevista?

A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Qual o ano em que você nasceu?

2. Qual a sua escolaridade? Não Alfabetizada(o) Ensino Fundamental X Ensino Médio Ensino Superior ou mais.

3. Município?

APÊNDICE B - AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NO HGF DURANTE A PANDEMIA

Responda as seguintes questões:

1. Qual foi a última informação que soube como está o seu familiar?
2. Como você foi recebido pelo Serviço Social e que orientações/informações recebeu sobre como seria a hospitalização no HGF?
3. Quais contatos de telefone foram solicitados a você? De quem? Como vocês se articularam para saber sobre o estado de saúde do seu familiar? (Se não falar, perguntar quando um recebia o contato, o que ele fazia com essa informação?)
4. Alguém do HGF o contactou para comunicar como estava o seu familiar? Quem? (Se ele não disser naturalmente, perguntar: algum Médico? Assistente Social? Psicólogo?) O que eles falaram?
5. O que achou desta comunicação? Houve alguma dificuldade em saber sobre as condições de saúde do seu familiar? Quais foram as dificuldades e quando ocorreram? Quem lhe ajudou a se informar?
6. Em todos os momentos sabia onde estava o seu familiar e qual o procedimento que ele estava aguardando enquanto estava no HGF?
7. Tentou contatar o pessoal do HGF? Com quem? Por quê? Quando?
8. Numa única palavra como você descreveria a comunicação com o HGF sobre o seu familiar?
9. Que orientações/informações achou mais útil sobre a internação hospitalar do seu familiar?
10. Que orientações/informações acha que foram mais úteis quando o seu familiar teve alta hospitalar?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – (FAMILIAR/CUIDADOR)

Você está sendo convidado a participar do projeto CoVIVE SOCIAL SOCIAL - Uma Plataforma de Colaboração, Informação e Comunicação entre o Serviço Social Hospitalar e as famílias no enfrentamento ao COVID-19 que está sendo realizado pela FIOCRUZ-CE, com coparticipação do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Este projeto pretende desenvolver um aplicativo (protótipo) de uma solução tecnológica de comunicação entre o Serviço Social e a família do paciente internado no HGF visando promover informações sobre o seu percurso e o acesso aos direitos sociais no contexto hospitalar da pandemia do Covid-19, ajudando a melhorar as atividades dos profissionais do Serviço Social, potencializando a humanização entre o Serviço Social Hospitalar e família dos pacientes internados. Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar a participação na pesquisa, depois de ter lido e entendido. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável sobre quaisquer dúvidas, frases ou palavras que você não entenda. Caso prefira, converse com seus familiares, amigos e/ou com alguém de sua confiança antes de tomar a decisão. Após receber todas as informações e/ou esclarecimentos sobre a pesquisa, caso queira participar, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma via do pesquisador e outra será sua). Caso concorde, sua participação se dará em uma ou mais das atividades abaixo indicadas, conforme sua disponibilidade, da seguinte forma: - Entrevista - o (a) pesquisador (a) irá fazer perguntas para saber seu perfil socioeconômico (tais como: idade, sexo, escolaridade, renda...); como é sua comunicação com os profissionais do Serviço Social do HGF; como é sua experiência com as tecnologias digitais e sua aceitação dessas tecnologias para a saúde, além de pedir para você fazer uma avaliação sobre a permanência do paciente no hospital; - Oficina Criativa – serão no máximo 4 (quatro) reuniões, com no máximo 16 (dezesesseis) participantes, que igual a você aceitaram participar da pesquisa. O objetivo da reunião é que com a experiência que você está tendo no hospital, possa nos dizer quais informações você acha que devem ter no aplicativo (protótipo) que a pesquisa está se propondo a desenvolver. O tempo máximo dessa reunião será de 4 horas e acontecerá em uma sala reservada para essa finalidade. - Questionário de Avaliação do Aplicativo (protótipo) – você poderá

será convidado a participar de uma sessão em que será avaliado o primeiro modelo do aplicativo que a pesquisa está se propondo a fazer. Acontecerá numa sala reservada, com no máximo 5 (cinco) participantes, que iguais a você aceitaram participar da pesquisa e terá 15 (quinze) minutos de duração. A pesquisa traz como benefícios a construção de um aplicativo para potencializar a atuação dos profissionais do Serviço Social no Hospital Geral de Fortaleza, aprimorando a informação e comunicação, fortalecendo a humanização na relação entre assistentes sociais e família dos pacientes internados. Esta pesquisa poderá trazer riscos, de ordem não física, aos participantes, como constrangimento, invasão de privacidade, exposição em grupo ou desconforto emocional ao responder perguntas, ou ainda riscos de vazamento de informações. Os pesquisadores que estarão lhe acompanhando em todos os momentos da pesquisa, são pessoas capacitadas e experientes. Nos momentos das atividades caso você se sinta constrangido (a); não queira responder a perguntas feitas a você; ou até mesmo não esteja se sentindo bem em estar na atividade, fique à vontade para parar, sair do ambiente e/ou relatar para o pesquisador seus incômodos para que ele possa lhe ajudar. Você tem o direito de retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo ou penalidades. Pedimos que caso deseje interromper sua participação na pesquisa, avise aos pesquisadores responsáveis. Sua participação é de caráter voluntário, sem qualquer compensação financeira, contudo, lhe será garantido o ressarcimento, ou seja, compensação material de possíveis gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, tais como transporte e alimentação, nos casos de presença exclusiva para a participação na pesquisa. Também estão assegurados a você o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado ao participante da pesquisa. Todas as informações obtidas da sua participação são anônimas e confidenciais e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, em todos os momentos sua privacidade será preservada. A divulgação dos dados da pesquisa se dará de forma anônima, ou seja, seu nome não aparecerá em nenhum lugar.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá esclarecer suas dúvidas e ter acesso aos resultados entrando em contato com o pesquisador responsável pela pesquisa: Luiz Odorico Monteiro de Andrade pelo e-mail: odorico.monteiro@fiocruz.br ou por telefone: (85) 3215.6450.

Poderá ainda contatar com a Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP) que é formada por um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função

é avaliar as pesquisas com seres humanos. Foi criada para defender os interesses dos participantes da pesquisa.

Qualquer dúvida ética o Sr. (Sra.) poderá entrar em contato com a CONEP situada à SRTV 701, Via W5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte – CEP: 70719-040, Brasília-DF. Tel.: (61) 3315.5877 – E-mail: conep@saude.gov.br.

Fortaleza, ____ de ____ de ____.

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Você está sendo convidado a participar do projeto CoVIVE SOCIAL SOCIAL - Uma Plataforma de Colaboração, Informação e Comunicação entre o Serviço Social Hospitalar e as famílias no enfrentamento ao COVID-19 que está sendo realizado pela FIOCRUZ-CE, com coparticipação do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Este projeto pretende desenvolver um aplicativo (protótipo) de uma solução tecnológica de comunicação entre o Serviço Social e a família do paciente internado no HGF visando promover informações sobre o seu percurso e o acesso aos direitos sociais no contexto hospitalar da pandemia do Covid-19, ajudando a melhorar as atividades dos profissionais do Serviço Social, potencializando a humanização entre o Serviço Social Hospitalar e família dos pacientes internados. Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar a participação na pesquisa, depois de ter lido e entendido. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável sobre quaisquer dúvidas, frases ou palavras que você não entenda. Após receber todas as informações e/ou esclarecimentos sobre a pesquisa, caso queira participar, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma via do pesquisador e outra será sua). Caso concorde, sua participação se dará em uma ou mais das atividades abaixo indicadas, conforme sua disponibilidade, da seguinte forma: - Oficina Criativa – serão no máximo 4 (quatro) reuniões, com no máximo 16 (dezesesseis) participantes, que igual a você aceitaram participar da pesquisa. O objetivo da reunião é que com a experiência que você está tendo no hospital, possa nos dizer quais informações você acha que devem ter no aplicativo (protótipo) que a pesquisa está se propondo a desenvolver. O tempo máximo dessa reunião será de 4 horas e acontecerá em uma sala reservada para essa finalidade. - Questionário de Avaliação do Aplicativo (protótipo) – você será convidado a participar de uma sessão em que será avaliado o primeiro modelo do aplicativo que a pesquisa está se propondo a fazer. Acontecerá numa sala reservada, com no máximo 5 (cinco) participantes, que iguais a você aceitaram participar da pesquisa e terá 15 (quinze) minutos de duração. A pesquisa traz como benefícios a construção de um aplicativo para potencializar a atuação dos profissionais do Serviço Social no Hospital Geral de Fortaleza, aprimorando a informação e comunicação, fortalecendo a humanização na

relação entre assistentes sociais e família dos pacientes internados. Esta pesquisa poderá trazer riscos, de ordem não física, aos participantes, como constrangimento, invasão de privacidade, exposição em grupo ou desconforto emocional ao responder perguntas, ou ainda riscos de vazamento de informações. Os pesquisadores que estarão lhe acompanhando em todos os momentos da pesquisa, são pessoas capacitadas e experientes. Nos momentos das atividades caso você se sinta constrangido (a); não queira responder a 44 perguntas feitas a você; ou até mesmo não esteja se sentindo bem em estar na atividade, fique à vontade para parar, sair do ambiente e/ou relatar para o pesquisador seus incômodos para que ele possa lhe ajudar. Você tem o direito de retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo ou penalidades. Pedimos que caso deseje interromper sua participação na pesquisa, avise aos pesquisadores responsáveis. Sua participação é de caráter voluntário, sem qualquer compensação financeira, contudo, lhe será garantido o ressarcimento, ou seja, compensação material de possíveis gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, tais como transporte e alimentação, nos casos de presença exclusiva para a participação na pesquisa. Também estão assegurados a você o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado ao participante da pesquisa. Todas as informações obtidas da sua participação são anônimas e confidenciais e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, em todos os momentos sua privacidade será preservada.

A divulgação dos dados da pesquisa se dará de forma anônima, ou seja, seu nome não aparecerá em nenhum lugar. Em qualquer fase da pesquisa, você poderá esclarecer suas dúvidas e ter acesso aos resultados entrando em contato com o pesquisador responsável pela pesquisa: Luiz Odorico Monteiro de Andrade pelo email: odorico.monteiro@fiocruz.br ou por telefone: (85) 3215.6450.

Poderá ainda contatar com a Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP) que é formada por um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função é avaliar as pesquisas com seres humanos. Foi criada para defender os interesses dos participantes da pesquisa. Qualquer dúvida ética o Sr. (Sra.) poderá entrar em contato com a CONEP situada à SRTV 701, Via W5 Norte, lote D – Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte – CEP: 70719-040, Brasília-DF. Tel.: (61) 3315.5877 – E-mail: conep@saude.gov.br.

Fortaleza, ____ de ____ de ____

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

APÊNDICE E- ENTREVISTA: PROTOCOLO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL DO HGF

Dimensões de análise

Assistentes Sociais e os instrumentos:

Usam instrumentos?

Algum instrumento não é necessário?

Todos os instrumentos são importantes? (hierarquizar por ordem de uso)

Como usam os instrumentos? Em que ocasião?

Como resgatam/buscam informação?

Como transmitem informação a outros atores?

Como salvam informação? (papel, arquivos, computador, whatsapp)

Quais os principais termos e expressões que chamaram atenção e foram utilizadas pelas Assistentes Sociais, Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Família e doentes?

A interação da Assistentes Sociais e outros atores:

Família:

Como é 1º contato com a família?

Doentes?

Fazem contato com os doentes?

b.1) Visitam os leitos

b.2) Fazem censo (está presente, transferido, óbito, entubado)?

b.3) Qual tipo de apoio e acolhida (ex. dão bom dia, saber como está, falam sobre doença)?

Rede intersetorial - Proteção Social

Como as Assistentes contactam com as redes de proteção social básica e especial?

Qual o caminho da informação:

Sobre o estado de saúde?

Sobre o apoio psicológico?

Sobre mecanismos de normas e visitas?

ANEXO A- PARECER DE APROVAÇÃO DA CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CoVIVE SOCIAL - Uma Plataforma de Colaboração, Informação e Comunicação entre o Serviço Social Hospitalar e as famílias no enfrentamento ao COVID-19

Pesquisador: Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 36792920.8.0000.0008

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO CEARENSE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.668.463

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1725569_E1.pdf, de 26/03/2021).

INTRODUÇÃO

O Novo Coronavírus, designado como Sars-Cov-2 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mobilizou o mundo. No início de 2020 foi anunciada uma pandemia, quando foram postos aos continentes complexos desafios, que exigiram fortes medidas de isolamento social e (re)organização dos serviços de saúde. No Brasil, o mês de agosto contabilizou mais de 100 (cem) mil mortos, vítimas da COVID-19. Denuncia-se, com isso, ainda mais, um cenário social de desigualdade, e o desmonte imposto ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos. É, todavia, este sistema, mediante sua organização nos estados e municípios brasileiros, com sua capilaridade territorial nos três níveis de atenção à saúde, que responde ao complexo contexto ocasionado pela pandemia. Coube, assim, à rede hospitalar, por meio da (re)organização e incremento de sua estrutura física e tecnológica, a ampliação de leitos para o tratamento intensivo dos casos mais graves do COVID-19, com a imposição de nova dinâmica de funcionamento, alterando rotinas e fluxos e impactando na relação hospital – paciente – família. Em tempos de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.668.463

pandemia, com enorme potencial de contágio e letalidade, observou-se uma redução de internação por doenças próprias do perfil hospitalar e um conseqüente aumento na quantidade de pacientes com suspeita ou diagnosticados com COVID-19. Com efeito, foram exigidos novos leitos de emergência, enfermarias eletivas e unidades de tratamento intensivo. Neste contexto, encontra-se o Serviço Social, como uma área estratégica no enfrentamento da COVID-19. Enquanto profissão de saúde que atua no âmbito hospitalar e que compõe uma equipe interprofissional, o Serviço Social reestruturou seu trabalho, modificando sua abordagem cotidiana. Referenciado no seu projeto ético-político, o assistente social constrói vínculos com pacientes e familiares, acompanhando, com foco na informação e comunicação, a jornada destes no percurso que realizam no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). No transcorrer da pandemia, pacientes passaram a ser admitidos sem acompanhantes e as visitas de familiares foram suspensas, gerando insegurança e sofrimento. Frente à essa realidade, os mecanismos de informação e comunicação dos profissionais de Serviço Social foram reconfigurados, estreitando a relação com familiares por meio de ligações telefônicas, vídeo chamadas ou, em alguns casos, presencialmente, orientando familiares quanto as altas hospitalares, transferências internas e externas dos pacientes, os recorrentes registros de óbito, bem como o acesso aos direitos sociais. O teletrabalho também foi implantado sob a responsabilidade de assistentes sociais afastadas por idade ou grupo de risco. Para desenvolver a abordagem social relacionada ao acesso a direitos sociais, um grupo multiprofissional desenvolveu como uma iniciativa a produção de um Catálogo de Serviços da Rede Socioassistencial, jurídica e de Saúde do Ceará, a partir de um acervo físico de informações existente. Este catálogo se tornou um instrumento que contém um conjunto de contatos, dados e informações de instituições que compõem a rede de serviços supracitadas e que busca subsidiar a atuação dos assistentes sociais, possibilitando um acesso rápido às informações e às orientações necessárias. Contudo, apesar das iniciativas, como o desenvolvimento do Catálogo mencionado e do esforço de organização de atendimento social, houve dificuldades na comunicação com familiares imposta pelo isolamento social, ocasionando tensionamento e insatisfação desses frente a ausência de informações diversas, sobretudo clínicas, dos pacientes. A informação sobre a situação clínica é uma atribuição médica, mas tem sido mediada pelo Serviço Social, que assume a organização de relação de contatos de pessoas de maior vínculo familiar, compreendendo a comunicação como um direito da família. O excesso de trabalho exercido em plantões de 12 horas, diurnos ou noturnos, assim como a ameaça de contaminação pelo vírus, não afastaram estes profissionais da linha de frente, mas impuseram muitos desafios. Buscando potencializar a atividade laboral do profissional do Serviço Social – especialmente na relação com

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.668.463

familiares de pacientes internados no HGF –, almeja-se, por meio de um método de co-design, em uma relação colaborativa com profissionais da tecnologia e áreas afins, desenvolver um protótipo de uma solução tecnológica de comunicação entre o Serviço Social e a família do paciente, para promover informações sobre sua jornada e facilitar o acesso aos direitos sociais em um contexto hospitalar pandêmico.

HIPÓTESE

A solução tecnológica inovadora no campo social, proposta nesse projeto, irá potencializar os componentes da comunicação em saúde no ambiente hospitalar, permitindo aprimorar a relação/vínculo do profissional de Serviço Social e as famílias na jornada hospitalar do paciente, observando o acolhimento, a escuta qualificada, a dimensão educativa, a atenção resolutiva e em tempo oportuno, a resolutividade da abordagem profissional, assim como a garantia de acesso a direitos.

METODOLOGIA

O principal desígnio para este projeto é desenvolver um protótipo que esteja firmemente baseado nas necessidades, lacunas e desejos dos nossos futuros usuários. Para contemplar este objetivo opta-se, como principal abordagem, pelo Design Centrado no Usuário (NORMAN, 1998) que defende que a gestão de projeto, o desenvolvimento de tecnologia e a concepção do produto tenha como o seu foco o usuário. O Design de Experiência do Usuário (UX Design) foi a modalidade particular escolhida para estruturar todo o trabalho, pois acredita-se que cada produto usado, cria uma experiência de utilização. Um produto que fomente experiências positivas muitas vezes é fruto de um esforço coletivo através de um planejamento que vá além do que é funcional e estético e reflita com base na perspectiva dos usuários. Busca-se os problemas encontrados no contexto, valores e motivações dos usuários (HASSENZAHN, 2013). Este projeto decorrerá através das diversas fases dos Elementos da Experiência do Usuário (GARRET, 2003) que são uma forma de desenvolvimento Bottom - Up. As fases previstas e adaptadas ao projeto são: estratégia, escopo, estrutura, esqueleto, superfície e desenvolvimento, descritas abaixo. Este framework possui vantagens em sua objetividade ao elencar as diferentes fases de desenvolvimento do produto, permitindo harmonia com as demandas das diversas áreas disciplinares dos pesquisadores integrantes do projeto. Nesta estrutura, parte-se de uma ideia bem abstrata que é desenvolvida através uma longa cadeia de trabalho contemplada por fases que entregam resultados concretos e que servem de insumo para as etapas seguintes, sendo

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.668.463

dependentes entre si. Um protótipo funcional é desenvolvido como resultante do processo. Além disso, em cada uma destas fases podem ser incorporados diversos métodos de Design Centrado no Usuário.

Neste projeto pretende-se ter em consideração alguns métodos relacionados com sessões generativas de Co-design, também chamado de Design participativo (SANDERS e STAPPERS, 2013) e de Design Thinking (BROWN, 2017; DESIGN COUNCIL OF LONDON) Prevendo a possibilidade de que o acesso ao campo possa estar condicionado, optou-se pela criação de um plano de contingência capaz de contornar eventualidades advindas de uma quarentena.

Com este propósito, dois tipos diferentes de planos com métodos relacionados foram elaborados:

Plano (a) Presencial, que é o preferido;

Plano (b) (c) Remoto, para o caso de uma contingência.

Como o desenvolvimento está dividido por fases, no início de cada uma, far-se-á a opção mais adequada. Há possibilidade, inclusive, de mudança dentro de uma mesma fase, caso alguma decisão governamental exija alteração de planejamento. Desta forma, os métodos descritos abaixo dependem do contexto da pandemia. A estrutura metodológica que guia o trabalho é apresentada abaixo através da descrição de cada uma das fases que foram adaptadas do Framework de James Garret (2004), assim como o diagrama adaptado que as incorpora e detalha (Fig. 2- apresentada no projeto em anexo). Conforme mencionado, parte-se de uma ideia abstrata que baseia a estratégia e que, ao longo do percurso de trabalho, tem como resultado final o desenvolvimento de um protótipo funcional. Cada uma das fases, métodos e tarefas receberam referências, para serem facilmente relacionados e entendidos no cronograma de trabalho. Assim, Estratégia é M1, Escopo é M2, Estrutura e esqueleto é M3, Superfície é M4 e Desenvolvimento é M5. O detalhamento de toda a metodologia do projeto está na versão anexada.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Desenvolver um protótipo de uma solução tecnológica de comunicação entre o Serviço Social e a família do paciente visando promover informações sobre a sua jornada e o acesso aos direitos sociais no contexto hospitalar da pandemia do Covid-19.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Identificar informações e delimitar objetivos gerais da solução tecnológica de acordo com a identificação das necessidades, lacunas e desejos do Serviço Social;

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.668.463

2. Identificar e segmentar os possíveis perfis de usuários;
3. Caracterizar a jornada da experiência do paciente tendo em conta as necessidades de informação e comunicação do Serviço Social com a família;
4. Descrever os diferentes contextos relacionados com a jornada do paciente;
5. Determinar quais são as especificações funcionais e de conteúdo principais que devem ser incorporadas no desenvolvimento do atual protótipo;
6. Especificar os requisitos em formato de histórias do usuário.
7. Hierarquizar as funcionalidades e os conteúdos a serem introduzidos no sistema através dos níveis de relevância;
8. Conceber a arquitetura do sistema com base no agrupamento, ordenamento e apresentação do conteúdo;
9. Conceber fluxos e cenários das principais tarefas a serem executadas no sistema com base no comportamento do usuário;
10. Modelar requisitos, estrutura e arquitetura do software;
11. Desenvolvimento e avaliação de usabilidade dos protótipos de baixa e alta fidelidade.
12. Desenvolver o front-end do protótipo funcional, conforme as funcionalidades previstas na experiência e nas diferentes visões de usuário.
13. Desenvolver o back-end do protótipo funcional, considerando as regras de negócio, acesso a dados, segurança e escalabilidade.
14. Verificar e validar o protótipo funcional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

A pesquisa oferece risco mínimo aos (as) participantes pois não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Podendo estes riscos mínimos ser a divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação e divulgação não intencional de dados confidenciais.

BENEFÍCIOS

Como benefício da pesquisa, você será constituidor de uma plataforma que humanizará a relação o serviço social hospitalar e as famílias dos pacientes internados nos respectivos hospitais.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.668.463

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda 01

Justificativa: a Emenda do Projeto se justifica pela necessidade de alteração da instituição coparticipante do projeto, pois houve erro formal no cadastramento, tendo em vista a existência de homônimos:

Instituição cadastrada:

- Hospital Geral de Fortaleza – CNPJ 10.246.060/0002-23

Instituição correta a cadastrar:

- Hospital Geral de Fortaleza – HGF/SUS – CPNJ 07954571/0014-29

CEP/HGF 5040

Documento inserido na Plataforma Brasil:

Emenda_CONEP_2603.pdf, de 26/03/2021

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram identificados óbices éticos na presente emenda.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta ao projeto de pesquisa.

Situação: Emenda aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_172556_9_E1.pdf	26/03/2021 23:20:06		Aceito
Outros	Emenda_CONEP_2603.pdf	26/03/2021	Luiz Odorico	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.668.463

Outros	Emenda_CONEP_2603.pdf	23:19:19	Monteiro de Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_PROJETO_COVIVE_VF_Limpa.pdf	09/11/2020 11:38:25	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_PROJETO_COVIVE_VF_com_destaque.pdf	09/11/2020 11:38:12	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	09/11/2020 11:37:49	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_UFC.pdf	19/08/2020 07:04:53	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_IFCE.pdf	19/08/2020 07:04:34	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Declaração de concordância	Anuencia_Fiocruz.pdf	19/08/2020 07:03:05	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia_Geison_Lira.pdf	19/08/2020 07:01:41	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia_lalis.pdf	19/08/2020 07:00:24	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia_Ondina_Canuto.pdf	19/08/2020 07:00:09	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia_Socorro.pdf	19/08/2020 06:58:32	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia_Jessica.pdf	19/08/2020 06:58:18	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia_Cesar_Olavo.pdf	19/08/2020 06:58:05	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia_Mayorga.pdf	19/08/2020 06:57:51	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	18/08/2020 23:42:31	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/08/2020 23:42:15	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.668.463

Folha de Rosto	FolhaRostoAssinadaCoVIVE_Ass.pdf	18/08/2020 23:38:37	Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Aceito
----------------	----------------------------------	------------------------	-------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 25 de Abril de 2021

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

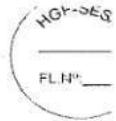
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO PARA VISITA NO HGF



ORIGEM: SEAP	DESTINO: Direção Geral	Memo Nº 17	2021
LOCAL E DATA: Fortaleza, 04/03/2021			
<p>Sr. Diretor, Dr. Daniel de Holanda Araújo Encaminho a Autorização da Direção Geral do projeto de pesquisa intitulada: CoVIVE SOCIAL - Uma Plataforma de Colaboração, Informação e Comunicação entre o Serviço Social Hospitalar e as famílias no enfrentamento ao COVID-19</p> <p>Pesquisador(a): <u>Luiz Odorico Monteiro de Andrade</u> Orientador(a): <u>Luiz Odorico Monteiro de Andrade</u></p> <p>Informo que o projeto foi avaliado e liberado pela Coordenação de Pesquisa da SEAP, para que seja autorizada pelo Diretor Geral do HGF, na assinatura da Autorização da Direção Geral para posterior avaliação no CEP HGF.</p> <p>Saliento que a realização do referido Projeto de Pesquisa não implicará em custos para o Hospital Geral de Fortaleza.</p> <p style="text-align: right;">  Dr. José Ananias Vasconcelos Neto Coordenador de Pesquisa Clínica e Publicações - SEAP </p> <p style="text-align: right;">  Dr. Eliardo Silveira Santos Presidente da SEAP - HGF </p>			
PROTOCOLO DE RECEBIMENTO			
Assinatura legível (nome/sobrenome) Data: ____/____/____			