



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**BRUNA CAROLINA DA ROSA**

**A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROJETO MELHORANDO A  
SEGURANÇA DO PACIENTE EM LARGA ESCALA NO BRASIL**

**FLORIANÓPOLIS**

**2019**

**BRUNA CAROLINA DA ROSA**

**A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROJETO MELHORANDO A  
SEGURANÇA DO PACIENTE EM LARGA ESCALA NO BRASIL**

Artigo apresentado na disciplina TCR na Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para defesa. Orientadora: Profa Dra Tânia Regina Krüger.

**FLORIANÓPOLIS**

**2019**

**RESUMO:** O presente artigo trata-se de uma produção textual apresentada no Trabalho de Conclusão de Residência. Esse trabalho tem como objetivo refletir sobre o Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, bem como a implementação do projeto no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, e relatar as mudanças obtidas com a sua implementação, tendo como foco a visita ampliada. Também pretende-se descrever a rotina do Serviço Social na Unidade de Terapia Intensiva, e as demandas predominantes que surgem no decorrer dos atendimentos realizados com os pacientes e famílias. A metodologia adotada para elaboração do trabalho foi a pesquisa em campo com observação direta e participativa da autora. E para refletir acerca das atividades desenvolvidas pela residente do Serviço Social na UTI foram sistematizadas as informações por meio de um formulário quali-quantitativo no período entre abril a agosto de 2019. Através da análise dos dados obtidos, observou-se a diversidade entre as idades dos pacientes atendidos pelo Serviço Social na UTI, e a predominância de pacientes com origem nos municípios que compõe a Grande Florianópolis. Em relação às atividades desenvolvidas pela residente do Serviço Social na UTI foram levantados apontamentos sobre o limite institucional para responder as demandas apresentadas pelos usuários e/ou familiares, bem como a realização de trabalho voluntário que acaba desresponsabilizando o Estado de seus deveres perante a sociedade.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Hospital; Unidade de Terapia Intensiva; Serviço Social; Visita Ampliada.

## 1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde lançou em 2017, o Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, junto aos hospitais de excelência, que propõe melhores práticas objetivando a redução na incidência de casos de infecções hospitalares nas Unidades de Terapia Intensiva do país.

O Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil propõe entre as suas ações, a redução na incidência de casos de infecções na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) através de pacotes de prevenção chamados *bundles* (conjunto das melhores práticas)<sup>1</sup>, que são baseados nos protocolos propostos pela Anvisa, com base na metodologia do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) (BRASIL, 2018).

A partir da inserção da UTI no projeto, buscamos elaborar um artigo como Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) abordando o papel do Serviço Social no Projeto

---

<sup>1</sup> Os pacotes de cuidados chamados *bundles* é o conjunto das melhores práticas em relação a um processo de doença que individualmente podem prevenir ou reduzir o risco de complicações, mas quando aplicados em conjunto, podem aprimorar a assistência prestada ao paciente. Os elementos que envolvem os *bundles* deverão ser executados em conjunto, numa estratégia de “tudo ou nada”. O resultado ficará comprometido, caso um dos elementos seja implementado de forma “mais-ou-menos” (IHI, 2012).

<sup>2</sup> “O PROADI-SUS permite a transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o SUS por meio da execução de projetos de apoio e na prestação de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, enquadrados em áreas específicas, estabelecidas pela Lei nº

Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil. A ideia de produzir este trabalho, surge a partir dos dois anos de vivência proporcionados pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), principalmente a partir do segundo ano com trabalho sistemático na UTI. A relevância do artigo se dá pela escassez de publicações realizadas pelo Serviço Social acerca do tema, e pelas inovações trazidas com a implementação do projeto na instituição, como a visita ampliada.

O objetivo deste trabalho consiste em apresentar o Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, bem como a implementação do projeto no HU/UFSC, e relatar as mudanças obtidas com as alterações propostas pelo projeto, tendo como foco a visita ampliada. Também pretende descrever a rotina do Serviço Social na UTI, e as demandas predominantes que surgem no decorrer dos atendimentos aos pacientes e famílias. O trabalho tem como proposta metodológica a pesquisa em campo com observação direta e participativa para abordar acerca do Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil no HU/UFSC. E para refletir sobre as atividades desenvolvidas pela residente do Serviço Social na UTI - HU/UFSC foram sistematizadas as informações através de um formulário quali-quantitativo no período entre abril a agosto de 2019.

O artigo se divide em duas partes, sendo: O HU/UFSC no projeto melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil; e o Serviço Social nos projetos da UTI.

Assim, no primeiro item, é apresentado a UTI, bem como suas especificidades, em seguida é abordado o projeto no qual a UTI está participando desde dezembro de 2017, bem como as áreas de intervenção. Também é abordado acerca da particularidade da visita ampliada no HU/UFSC, e por fim mencionados os resultados alcançados com o projeto para diminuição das infecções hospitalares. No segundo item, é descrito a rotina e demandas que emergem ao Serviço Social na UTI, e as informações que foram sistematizadas por meio de um formulário quali-quantitativo no período entre abril a agosto de 2019.

## **2 O HU/UFSC NO PROJETO MELHORANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM LARGA ESCALA NO BRASIL**

### **2.1 O HU/UFSC e a UTI**

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) é caracterizado como “(...) um Hospital Geral, que tem por finalidade além da assistência, constituir-se em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde” (UFSC, 2015, p. 01). Assim, consiste num hospital de referência no estado ao prestar serviço de saúde especializado em média e alta complexidade, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O HU/UFSC integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e presta serviços de saúde a toda a população (UFSC, 2019).

O HU/UFSC é habilitado em diversos serviços especializados pelo SUS, entre eles: centro de referência em atenção à saúde do idoso; unidade de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave; centro para realização de implante coclear; unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia; serviço hospitalar para tratamento da AIDS; procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos - hospital dia; cuidados prolongados para enfermidades pneumológicas, cardiovasculares, neurológicas, decorrentes da AIDS, devido a causas externas, osteomuscular e do tecido conjuntivo; UTI Adulto e UTI Neonatal, entre outros (EBSERH, 2016, p.12).

Entre os diversos serviços ofertados pelo HU/UFSC, vamos aprofundar acerca da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) que após contratação da EBSERH em 2016, redimensionou os serviços assistenciais, e inseriu a UTI na Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (EBSERH, 2016, p. 12).

Assim, a Unidade de Terapia Intensiva do HU/UFSC “é uma UTI geral, clínica e cirúrgica, voltada para o atendimento de alta complexidade do paciente gravemente enfermo em diversas áreas” (UFSC, 2016, p. 02). Cujos critérios de admissão consistem no atendimento a “pacientes com quadro clínico agudo ou crônico agudizado reversível que se beneficiem de monitorização e tratamento intensivos, que não o poderiam receber na enfermaria” (UFSC, 2016, p. 02). Entre os procedimentos cirúrgicos realizados no HU-UFSC que demandam cuidados de UTI são as “cirurgias endovasculares, cirurgia bariátrica, cirurgias oncológicas, neurocirurgia para tratamento da epilepsia refratária e o transplante hepático” (UFSC, 2016, p.01). Logo após alta da UTI, o paciente não recebe alta hospitalar, sendo assim, transferido para outras unidades de internação (médica ou cirúrgica).

As chamadas “portas de entrada” na UTI acontecem por meio de transferência de outras instituições de saúde (hospitais, UPA, UBS), transferências internas (unidades de

internação cirúrgica/médica, centro cirúrgico, centro obstétrico e emergências), encaminhamentos de serviços móveis de emergência (SAMU) e pós-cirúrgico.

A UTI adulto do HU/UFSC atende pacientes a partir de 18 anos, podendo em casos específicos, admitir também adolescentes a partir de 15 anos. Atualmente, a unidade conta com 20 leitos, porém apenas 12 estão ativados, sendo justificado pela redução de recursos físicos, estruturais e humanos. Em relação ao número de leitos, foi determinado através da Portaria nº 415, de 24 de novembro de 2009 que serão 10 leitos habilitados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) - Tipo II no HU/UFSC (BRASIL, 2009).

O quadro de profissionais que prestam assistência aos pacientes internados na unidade é formado por uma equipe multiprofissional que abrange as seguintes profissões: Medicina, Serviço Social, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia. Em relação aos profissionais do Serviço Social que atuam na UTI, uma assistente social fica como referência nas quintas e sextas-feiras à tarde, uma residente do segundo ano que está imersa na UTI, e ocasionalmente, residentes do primeiro ano de inserção no programa da RIMS que estão se aproximando dos diversos serviços oferecidos pelo hospital.

## **2.2 O Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil**

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)<sup>2</sup>. O projeto iniciou-se através da parceria com cinco Hospitais de Excelência<sup>3</sup> no Brasil: Albert Einstein, Instituto do Coração, Oswaldo Cruz, Moinhos de Vento e Sírio Libanês (BRASIL, 2017).

No lançamento do projeto foram elencados critérios para seleção dos hospitais, sendo: hospitais públicos ou filantrópicos; com mais de 100 leitos, sendo 10 ou mais leitos de UTI adulto; que realizam procedimentos de alta complexidade; ser Hospital de Referência Regional; ter potencial de resposta positiva (clima de aprendizado, cultura de

---

<sup>2</sup> “O PROADI-SUS permite a transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o SUS por meio da execução de projetos de apoio e na prestação de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, enquadrados em áreas específicas, estabelecidas pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.” (BRASIL, 2009)

<sup>3</sup> “A Lei nº 12.101/2009 atribui o termo "excelência" para as instituições que participam dos benefícios de isenção. A expressão "Hospitais de Excelência" (HE), utilizado para identificar instituições habilitadas pelo Ministério da Saúde que cumprem os requisitos para a apresentação de projetos de apoio ao SUS, em troca de isenção de contribuições sociais devidas à União, faz referência às Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE)” (BRASIL, 2009).

segurança); e ter uma equipe dedicada ao projeto. As inscrições dos hospitais brasileiros que tinham interesse em participar do projeto aconteceram por meio de formulário eletrônico do Ministério da Saúde em setembro de 2017. Posteriormente, as instituições receberam a visita técnica do Ministério da Saúde e dos Hospitais de Excelência para selecionar os hospitais participantes do projeto. Sendo que cada hospital de excelência é responsável por um grupo de 24 hospitais (BRASIL, 2017).

Entre os 230 hospitais inscritos, o HU/UFSC foi um dos 119 hospitais selecionados para participar do projeto que está sendo desenvolvido na UTI Adulto, desde dezembro de 2017, com planejamento previsto para três anos (2018 - 2020). O projeto conta com vários trabalhadores divididos entre os *bundles*. Os trabalhadores participam das Sessões de Aprendizagem Virtual (SAV) e Sessões Presenciais de Aprendizagem (SAP) sob a supervisão direta do Hospital Moinhos de Vento, com metodologia do *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*<sup>4</sup> (PAULINO, 2019).

O projeto tem como objetivo geral reduzir a incidência de casos de infecções de corrente sanguínea, trato urinário relacionados a cateteres e pneumonia associada à ventilação mecânica, em 50% nas UTIs selecionadas até dezembro de 2020. E possui dois objetivos específicos, sendo o primeiro desenvolver capacidades das equipes e colaborar na implantação dos pacotes de mudanças relacionadas à prevenção de infecções, e o segundo objetivo visa aplicar o modelo para cálculo de análise de custo incremental nas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (BRASIL, 2017).

O desenvolvimento do projeto é acompanhado diretamente pela Superintendência e equipe gestora do HU, através de relatórios mensais, visitas na UTI e de reuniões realizadas com a equipe da UTI. As visitas da Superintendência e equipe gestora à UTI são chamadas de rondas, e acontecem pelo menos uma vez ao mês para apresentar os dados e ouvir os profissionais e pacientes, e assim conseguir avaliar o progresso do projeto periodicamente (PAULINO, 2019). Também conta com a participação efetiva dos Núcleos de Segurança do

---

<sup>4</sup> “O Institute for Healthcare Improvement (IHI) foi fundado em 1991, como parte do Projeto de Demonstração Nacional sobre Melhoria da Qualidade na Assistência à Saúde, liderado pelo Dr. Don Berwick e um grupo de indivíduos visionários comprometidos em redesenhar a assistência médica em um sistema sem erros, desperdício, atraso e custos insustentáveis. Desde o início trabalhou em programas apoiados por doações e se tornou uma organização auto-sustentável com influência mundial. Este Instituto de treinamentos e certificação na área hospitalar tem sua sede em Boston nos Estados Unidos” (IHI, 2019). No Brasil, o IHI possui convênio com o Ministério da Saúde e os Hospitais de Excelência para desenvolver dois projetos: a) Redução de infecções em hospitais em 120 hospitais públicos; b) Difusão de abordagens bem-sucedidas para reduzir as cesarianas desnecessárias em 26 hospitais públicos e privados em parceria com Hospital Israelita Albert Einstein. Na América Latina desenvolve em sete países o projeto Adios Bacteriemias: Melhorando a segurança do paciente na América Latina (IHI, 2019).

Paciente (NSP) e as Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), como atores importantes para que se possa garantir a sustentabilidade do projeto (BRASIL, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde “a expectativa é de salvar 8.500 vidas e economizar R\$ 1,2 bilhão com a implantação do projeto em 119 hospitais, visando evitar desperdícios causados pela manutenção prolongada de pacientes que sofrem com infecções hospitalares dentro de UTIs” (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde lançou este projeto visando “orientar quanto as melhores práticas para o cuidado da segurança do paciente nos hospitais do SUS” (BRASIL, 2017). Como previsto o projeto pretende reduzir a incidência de casos de infecções na UTI através de pacotes de prevenção chamados *bundles*, que são baseados nos protocolos propostos pela Anvisa, com base na metodologia do Institute for Healthcare Improvement (IHI). Os bundles adotados pelo projeto são: Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV); infecção urinária (AC) relacionada ao uso de sonda vesical de demora; e Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente Confirmada (IPCSLC), associada ao uso de cateter venoso central. Os resultados de implementação do projeto são registrados através de relatórios que são avaliados mensalmente (BRASIL, 2017).

Analisando os três *bundles* propostos pelo projeto, observa-se que tornar os cuidados centrados nos pacientes e família num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles, perpassa todos os bundles apresentados, sendo assim um elemento em comum entre eles. Para efetivar essa mudança foram propostas algumas ações, como: Compartilhar as metas diárias com os pacientes e famílias; envolver paciente e família na elaboração dos Plan-Do-Study-Act (PDSA's)<sup>5</sup> relacionados ao engajamento de paciente/família; convidá-los para participar das reuniões do projeto de prevenção de Infecções Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS); envolver paciente e família na elaboração e validação de todo material educativo para pacientes e famílias; implantar a visita ampliada na UTI em parceria com paciente e família; criar padrões de comportamento e valores, por escrito, para profissionais de saúde ou não que contenha o seguinte dizeres: trate os pacientes e familiares com dignidade e respeito; Permitir o acesso ao prontuário pelo paciente e família; envolver o paciente e família nos cuidados para preparo da alta; utilizar quadro branco ou qualquer

---

<sup>5</sup> O PDSA vem do inglês Plan (Planejar) – Do (Fazer) – Study – (estudar, agir) – Act (Agir) e consiste num plano de ação que realizado em 4 passos a serem seguidos, com o objetivo de trazer melhorias a algum processo ou atividade. Após testar uma mudança em pequena escala, aprendendo com cada teste e refinando a mudança através de vários ciclos PDSA, a equipe pode implementar a mudança em uma escala mais ampla (IHI, 2012).



outro quadro/painel para facilitar a comunicação entre paciente/família e time assistencial, na área física do leito; instituir a pré-visita ao paciente/família como forma de identificar dúvidas ou preocupações que deverão ser respondidas durante a visita multidisciplinar; estimular os pacientes e familiares à fazer perguntas durante a visita multidisciplinar; fornecer treinamento para equipe assistencial sobre o papel do paciente e família no cuidado (BRASIL, 2018).

### 2.3 A PARTICULARIDADE DA VISITA AMPLIADA NO HU/UFSC

Além da redução em 50% dos casos de infecções hospitalares nos próximos três anos, o projeto também possui como alvo a ampliação do envolvimento da família no decorrer da internação dos pacientes na UTI. Nesse intuito, a visita ampliada foi implementada em determinadas situações na UTI Adulto do HU/UFSC (PAULINO, 2019).

Atualmente, a visita social dos pacientes internados na UTI adulto no HU/UFSC possui horário restritivo e pré-estabelecido, sendo realizada nos dias úteis: das 11h às 11h30, das 15h30 às 17h e das 20h30 às 21h. E nos sábados, domingos e feriados: das 15h30 às 17h e das 20h30 às 21h. No decorrer das visitas é permitida a entrada de até dois familiares ou amigos ao mesmo tempo. Sendo o boletim médico apresentado exclusivamente no período da tarde.

A justificativa para o curto tempo de visitas na UTI baseia-se ao “risco teórico de aumento do estresse fisiológico, do prejuízo à organização do cuidado ao doente crítico e da ameaça de complicações infecciosas ocasionadas pelo maior tempo de permanência dos familiares dentro da UTI” (ROSA; DA SILVA; TEIXEIRA, 2017, p.4).

Concomitantemente, a admissão em UTI gera diversas consequências para o paciente e a família, no qual a “limitação do contato com familiares se soma à dor, a manifestações fisiológicas do estado crítico, a distúrbios emocionais secundários ao temor a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, à privação do sono e à restrição da mobilidade” (ROSA; SILVA; TEIXEIRA, 2017, p.4). Todos esses elementos estão relacionados à ocorrência de delirium<sup>6</sup>.

O delirium é considerado um problema de saúde pública, uma vez que acomete de 30 a 70% dos pacientes internados em UTIs, tendo a sua incidência associada a maior tempo de internação, maiores gastos em saúde, maior risco de morte e de declínio cognitivo a médio e longo prazos. Desse modo, identificar estratégias que possam reduzir o risco e o impacto

---

<sup>6</sup>“(…) disfunção cerebral aguda caracterizada por distúrbio de consciência, atenção, cognição e percepção que se manifesta por meio de confusão mental” (ROSA; DA SILVA; TEIXEIRA, 2017, p.4).

do delirium em pacientes críticos é ponto-chave para a melhoria da qualidade assistencial no ambiente de UTI (ROSA; SILVA; TEIXEIRA, 2017, p.4).

Assim, a ideia de ampliar o horário de visitas nas UTI surge a partir de experiências em hospitais ao redor do mundo, em que foi constatado que a flexibilização dos horários de visitas em UTIs provocou efeitos positivos para os pacientes e a família. Nesse contexto, a ampliação no tempo de visita dos familiares em UTIs brasileiras, surge com a finalidade de transformar a assistência mais humanizada, pensando nas necessidades do paciente e seus familiares (ROSA; DA SILVA; TEIXEIRA, 2017, p.1).

Assim, buscando aprimorar a assistência prestada aos usuários, o HU/UFSC se insere no Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, no qual são propostas alterações nos horários de visitas aos pacientes internados na UTI. Para isso, foi elaborado pela equipe responsável pelo projeto, o Procedimento Operacional Padrão (POP)<sup>7</sup> para implementação da visita ampliada (anexo 2). No documento estão elencados os critérios de inclusão necessários para definir a autorização da visita ampliada para os pacientes e famílias na UTI-Adulto. Sendo eles: paciente menor de 18 anos (mesmo em uso de ventilação mecânica), tem direito a acompanhante; paciente com idade acima de 18 anos, fora da ventilação mecânica, acordado e contactuante; a critério clínico: isolamento respiratório e outras situações que serão avaliadas pontualmente pelo corpo clínico (médicos); e a disponibilidade, tempo, postura colaborativa e recursos para família permanecer como acompanhante.

Após o Serviço Social e/ou a Psicologia discutir a respeito da situação com a equipe multiprofissional é realizada uma reunião com o(s) familiar (es) com disponibilidade para permanecer na UTI para repassar orientações gerais sobre a visita ampliada. No momento, está sendo elaborada uma cartilha para ser entregue aos familiares com informações básicas sobre a rotina da unidade e medidas de segurança, como a higienização das mãos. Além das informações repassadas a família, também é combinado sobre a escolha de até dois familiares para acompanhar o paciente no horário de visita ampliada. Por fim, é realizada a leitura da ficha de orientação para os familiares da visita ampliada (anexo 4) com assinatura dos familiares, que será anexada na contracapa do prontuário.

---

<sup>7</sup> “Os POPs são documentos imprescindíveis para o exercício de qualquer tarefa realizada com qualidade, eficiência e eficácia, obedecendo critérios técnicos e observando normas e legislação das áreas pertinentes. Os POPs servem de veículo para que as informações acerca dos mais diversos processos cheguem com segurança ao executor” (EBSERH, 2014, p.7).

Em suma, a visita ampliada ocorre entre as 09:00h até às 21:00h, e a troca dos acompanhantes acontece às 15:00h. Porém, não existe necessidade do familiar permanecer as doze horas de visita, sendo possível flexibilizar os horários, caso os familiares combinem com a equipe da unidade.

Durante permanência do acompanhante em visita ampliada na UTI, é fornecido o cartão de acompanhante (anexo 5) ao familiar para realizar as refeições no refeitório do HU/UFSC. Em relação aos familiares que residem em municípios distantes ao hospital, é oferecido pernoite em quarto disponibilizado por voluntária da Associação Amigos do HU (AAHU) (anexo 6 e 7).

No início da inserção do projeto no HU/UFSC, a visita ampliada ainda estava em processo de avaliação para ser institucionalizada na UTI-Adulto. Assim, quando o paciente encontrava-se com condições clínicas de alta da UTI, e era transferidos para outra unidade do HU/UFSC, os profissionais de Serviço Social ou Psicologia realizavam o teste chamado PDSA para verificar a eficácia da visita ampliada.

As questões para as quais o teste visa obter as resposta são: a acompanhante e o paciente consideram que a visita ampliada tem repercutido de forma positiva em sua recuperação? Como o familiar tem se sentido com relação ao tratamento recebido na Unidade? Os instrumentos de roteiro de entrevista e material de base para as orientações atendem aos objetivos propostos?

#### **2.4 – Alguns resultados do Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala**

Em relação aos resultados estatísticos, foram divulgados no dia 16 de agosto de 2019, os frutos do primeiro ciclo do projeto em nível nacional. Durante apresentação, foi exposto que ao longo de um ano e meio, os indicadores apontam que foram evitadas 2.888 infecções hospitalares e 978 óbitos. Isso significa uma redução de 33,4% dos casos de infecção relacionadas à assistência à saúde (IRAS) em UTIs dos 119 hospitais da rede pública. Assim, a meta inicial de 30% definida para os 18 primeiros meses foi superada (BRASIL, 2019).

Até o momento os resultados individuais por cada tipo de infecção são considerados positivos e acima da média esperada: a infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter venoso central (IPCSL), alcançou redução de 41,5%; a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), apontou queda de 27,86%, e a infecção do trato urinário associada a cateter vesical (ITU-AC), obteve redução de 47,73% (BRASIL, 2019).

Sobre os resultados estatísticos alcançados no HU/UFSC, foi mensurada a densidade de incidência de infecções em cada *bundle* proposto pelo projeto, através da Plataforma IHI pela Equipe Melhoria do Projeto, na qual fazem parte enfermeiro e farmacêutica do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Desse modo, o número de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (IPCSL) manteve a mediana inicial de 4.52 casos de infecções por mês. A densidade de incidência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV), permaneceu com a mediana inicial de 7 casos de infecções por mês. O *bundle* referente a Infecção do Trato Urinário a Cateter Vesical (ITU-AC), é o único que atualmente encontra-se com mediana zero, ou seja, na maior parte do período analisado não houve infecções do trato urinário.

Em consonância com os dados apresentados acima, os pacientes e familiares relataram benefícios com a visita ampliada na UTI. Sendo que, após os pacientes receberem alta da UTI e serem transferidos para outra unidade de internação, ressaltaram que devido à ampliação do horário de visita foi possível proporcionar maior conforto para as famílias. Essa confirmação se baseia, a partir da aplicação dos PDSA nos quais os familiares referem que se sentem mais seguros próximos ao paciente, e também compreendendo como se dá a rotina dos profissionais na prestação de assistência aos pacientes. Os profissionais do Serviço Social e Psicologia realizaram a aplicação dos PDSA com os familiares e pacientes que receberam alta da UTI, e eram transferidos para as outras unidades de internação do hospital. Cada profissional que realizava a aplicação dos PDSA sistematiza as informações e enviava para a CCIH.

Através dos relatos é possível perceber que a presença dos familiares no decorrer da internação na UTI auxilia a equipe assistencial a conhecer melhor o paciente, e como era sua rotina antes da internação. Dado que, com base nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional, é preenchida a ficha de identificação do paciente (anexo 3), que surge a partir de uma ideia de outros hospitais integrantes do projeto e está vinculada ao objetivo de humanizar a atenção ao paciente, visto que, muitas vezes o paciente passa a maior parte do tempo desacordado e, quando acorda tem-se uma equipe que não conhece as particularidades pessoais daquele usuário, tais como, suas preferências, gostos, afinidades, etc. Questões estas, que ao serem trazidas à tona remetem ao caráter humano e acolhedor da atenção à saúde. E, reforçam o fato – por vezes esquecido em meio à tecnicidade dos protocolos da UTI – que estamos lidando com pessoas.

Desse modo, a ficha de identificação é preenchida com informações referentes a diferentes áreas da vida do paciente, como por exemplo: tipos de hobby, profissão, vínculos familiares, times de futebol, entre outros. Esta ficha fica fixada na parede próxima ao leito para que todos os profissionais visualizem as informações referentes ao paciente.

Contudo, além dos resultados positivos também surgiram desafios no processo de implementação do projeto, como a resistência de alguns profissionais da unidade em relação à visita ampliada que intensificou a presença dos familiares na UTI. O receio dos profissionais ocorreu devido a preocupação que poderia ocasionar a presença de pessoas sem conhecimento técnico sobre na unidade, como gerar o aumento no número de infecções hospitalares. Esse receio com a visita ampliada também surge por se tratar de uma inovação proposta pelo projeto, visto que, tradicionalmente os horários de visitas na UTI são em períodos curtos e pré-determinados.

Atualmente, após o processo de implementação do projeto, a equipe da unidade compreende melhor os benefícios proporcionados aos pacientes e familiares com a ampliação do horário da visita. Assim como, profissionais de outras áreas também conhecem os critérios de inclusão para visita ampliada, e na rotina do serviço sugerem avaliação dos profissionais do Serviço Social e/ou Psicologia para inclusão de familiares em visita ampliada.

### **3 O SERVIÇO SOCIAL NOS PROJETOS DA UTI**

#### **3.1 Rotina do Serviço Social na Unidade de Terapia Intensiva**

Com base na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, o conceito de saúde não se restringe a ausência de doença, observando aspectos relacionados à questão social ao mencionar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). É, assim, antes de tudo, a integração de inúmeros fatores determinantes e condicionantes da saúde, “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).

Logo, a organização e operacionalização de uma política de saúde que vise compreender o sujeito em sua totalidade, considerando as dimensões subjetivas vividas

pelo usuário no qual afetam o processo saúde-doença, se torna necessário que profissionais de diferentes áreas atuem em conjunto para ultrapassar o modelo biomédico.

Entre as diversas profissões que compõe a equipe multiprofissional inserida na política de saúde, o Serviço Social atua buscando proporcionar o fortalecimento dos trabalhadores, facilitando assim, o acesso aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social ao enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, como descrito no CFESS (2010, p.30):

[...] estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde (...) (CFESS, 2010, p. 30).

O assistente social através dos instrumentos teórico-metodológicos utilizados é possível compreender “a realidade de vida, e social que se encontram, e é também nestes momentos que são trazidas, identificadas as demandas e compreensões sociais que emergem sobre as famílias, compreensões essas que vão para além da cura da doença, ou do cuidado clínico” (ABREU et al, 2016, p.11). Além disso, o Serviço Social utiliza-se de instrumentais técnico-operativos no intuito de prestar atendimento aos pacientes e familiares com vistas a socialização de orientações a respeito de seus direitos sociais. De acordo com Santos, Eleutérios, Lima (2015, p.166) no ambiente de UTI o assistente social:

[...] visa possibilitar aos internados e visitantes orientações e encaminhamentos quanto aos seus direitos sociais, previdenciários e assistenciais, com o objetivo de contribuir em relação às questões sociais que interferem em seu processo saúde-doença.

E, ainda “trabalha com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde” (CFESS, 2009, p. 23). Nestas condições, tem-se que a partir do estabelecimento de vínculos com os usuários e família, o assistente social busca compreender a realidade social desses sujeitos a fim de auxiliar no processo saúde-doença,

atuando de forma intersetorial ao acionar demais políticas públicas para responder as demandas.

Pensando nessas questões, a rotina do Serviço Social na UTI/HU começa com a impressão do censo diário que consiste numa relação dos pacientes internados na unidade, com informações como nome, idade, número do prontuário, data da internação e cuidados necessários durante atendimento<sup>8</sup>. Em seguida, verificamos através do Sistema de Serviço Social, que possibilita que todos os assistentes sociais da instituição acessem os atendimentos realizados pelos colegas. Assim, consultamos previamente o sistema para verificar os pacientes transferidos de outras unidades que constam atendimento prévio do Serviço Social, e os pacientes recém-internados sem atendimento. A partir disto, são anotadas informações importantes que constam no sistema para acolhimento.

Após verificação no sistema, no início da manhã subimos na unidade para compreender através dos prontuários e discussão com equipe multiprofissional, o motivo da internação na UTI e atual situação do paciente. Logo após, acontecem as visitas multiprofissionais aos pacientes da UTI, chamadas *rounds*, que são realizadas às 10:30h de segunda a sexta-feira. Neste momento, os profissionais se reúnem à beira leito para discutir o quadro clínico do paciente e as condutas que serão adotadas. O *round* é finalizado com *checklist* dos itens dos pacotes de prevenção que ajuda a fazer uma avaliação do trabalho e, se necessário, apontar alterações. Anteriormente, as visitas multiprofissionais já aconteciam no HU/UFSC, mas ganharam destaque com a inserção da instituição no projeto (PAULINO, 2019). Porém, com o passar do tempo foram se perdendo por desmotivação da equipe.

Em geral, os atendimentos realizados pelo Serviço Social iniciam-se com o acolhimento realizado com os familiares nos horários de visitas pré-estabelecido. Em razão de que a maioria dos pacientes internados na UTI não estão contactantes, e também por que até então não era permitido a permanência de acompanhantes no leito, exceto para adolescentes e pessoas com deficiência. E como já mencionado, é autorizado em algumas situações acordadas com a equipe multiprofissional.

O acolhimento realizado pelo Serviço Social na unidade começa com uma breve apresentação do profissional e a intencionalidade do atendimento. Também são repassadas informações referentes a orientações gerais sobre rotinas da UTI e do Serviço Social na

---

<sup>8</sup> Alguns usuários internados encontram-se em isolamento de contato ou respiratório em decorrência de seu quadro de saúde e, nestas condições, para segurança do paciente e equipe multiprofissional são alocadas no próprio censo siglas que explicitam a necessidade de medidas de precaução.

unidade. No decorrer da entrevista, caso os familiares indiquem que moram longe ao HU/UFSC é disponibilizado pernoite em casa de voluntária do Associação Amigos do Hospital Universitário (AAHU). Orientações previdenciárias também são comuns nos atendimentos, como por exemplo: agendamento de perícia no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para solicitar o auxílio-doença e outros benefícios previdenciários. Em algumas situações de óbito de paciente é realizado atendimento aos familiares junto com a psicologia, para acolhê-los e orientar sobre o trâmite após falecimento, e se necessário em relação do acesso ao auxílio-funeral. É comum acontecer o contato com a rede socioassistencial para obter informações anteriores a internação de pacientes, e caso necessário realizar encaminhamentos através de relatórios para acompanhamento após alta hospitalar.

Entre os desafios encontrados na atuação do Assistente Social na UTI é possível destacar a necessidade do cuidado em escolher o momento adequado para abordar os familiares que estão aflitos vivenciando o sofrimento de um ente querido, e falar sobre possíveis direitos do paciente diante da situação em que se encontra no momento (ABREU, et al, 2015, p. 10). Desse modo, buscam-se estratégias para que a socialização de informações seja proveitosa, como abordar os familiares após o horário da visita ou da apresentação do boletim médico.

### **3.2 Os usuários e as atividades do serviço Social na UTI**

Conforme descrito, o objetivo deste trabalho tem como foco refletir sobre a inserção do Serviço Social no Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, e as mudanças obtidas com as alterações propostas pelo projeto, tendo como foco a visita ampliada. Além disso, também busca relatar a rotina do Serviço Social na UTI, e as demandas predominantes que surgem no decorrer dos atendimentos aos pacientes e família.

Desse modo, foram sistematizadas as atividades realizadas pela residente do Serviço Social no período de abril a agosto de 2019. Para realização desse registro foi utilizado um formulário quali-quantitativo (apêndice A) que incluía informações referentes aos pacientes, como faixa etária e o município de origem. Também foram quantificadas as atividades desenvolvidas pela residente do Serviço Social na UTI, bem como os atendimentos realizados com familiares e/ou pacientes, atividades com equipe de profissionais contato e/ou encaminhamentos a outros serviços de saúde, entre outros.



Através do Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) foi possível contabilizar o número de pacientes internados na UTI durante a realização da pesquisa. Assim, foram contabilizados 47 pacientes internados em abril; 50 pacientes em maio; 59 pacientes em junho; 61 pacientes em julho; e 49 pacientes em agosto. Totalizando 266 pacientes internados no intervalo em que foi realizada o registro das atividades do Serviço Social. Destes 266 pacientes, o Serviço Social realizou atendimento a 43 (16,1%) pacientes e/ou familiares.

E verificando os dados no Sistema de Serviço Social, foram contabilizados todos os atendimentos realizados pelo Serviço Social na UTI, incluindo os preceptores, residentes e estagiários. Assim, foram realizados 71 encaminhamentos a pacientes e/ou familiares a serviços que compõem a rede de atendimento do SUS e/ou outras políticas públicas. Foram realizados 80 acolhimentos, e elaborados 143 estudos sociais, 86 contatos telefônicos (com familiares e/ou pacientes, serviços de saúde, Secretarias de Saúde, Rede de Proteção Social, ONG's, funerárias, entre outros), 46 reuniões com a equipe multiprofissional, do Serviço Social, técnicos de outros serviços ou familiares. Foram realizadas 164 ações, entre ações periciais, sócio-emergenciais e sócio-educativas. Totalizando assim, 690 intervenções realizadas pelo Serviço Social no período em que foi realizada a pesquisa.

Quadro 1 - Faixa etária dos pacientes atendidos pelo Serviço Social na UTI - HU/UFSC entre abril a agosto de 2019

Idade	Quantidade
18 a 30	4
31 a 40	6
41 a 50	3
51 a 60	8
61 a 70	9
71 a 80	7
81 e mais	6
Total	43

Fonte: Elaboração da autora. A partir do formulário de registro das atividades do Serviço Social.

Com base nos dados apresentados no quadro 1, observa-se a diversidade entre as idades dos pacientes atendidos pelo Serviço Social na UTI. Contudo, entre as faixas etárias

pode-se destacar a predominância dos pacientes idosos entre 61 a 70 anos, com 9 pacientes (20,9%), e entre 71 a 80 anos, com 7 pacientes (16,3%). Uma parcela significativa, também, recai sobre a faixa etária de 51 a 60 anos, com 8 pacientes (18,6%).

Conforme refere (Rocha et al, 2007, p. 414) entre os diversos motivos pelo número elevado de atendimentos realizados a idosos em unidades críticas pode-se citar o aumento do envelhecimento populacional, principalmente nos países em desenvolvimento. O aumento do envelhecimento populacional está sendo ponto de pauta nas discussões sobre o planejamento dos serviços de saúde, visto que “as projeções estatísticas brasileiras indicam que a população idosa passará de 7,5%, em 1991, para 15%, em 2025”. Também pode-se destacar que a população idosa utiliza os serviços de saúde de forma mais rotineira que as outras faixas etárias.

Outro fator determinante é a condição da maioria da população internada – aposentada. A aposentadoria, que ocorre em torno dos 65 a 70 anos, é o estágio da vida caracterizado pela transição das mudanças de papel, o que pode levar ao ócio e, conseqüentemente, ao estresse, ao sedentarismo e a outros problemas de saúde. Para a pessoa idosa, a redução da capacidade de responder ao estresse e a multiplicidade de perdas (parentes e amigos), como também as mudanças físicas associadas ao envelhecimento normal, podem combinar-se e colocar a pessoa em condição de alto risco e de vulnerabilidade a doenças (ROCHA et al, 2007, p. 414).

Quadro 2 - Municípios de origem dos pacientes atendidos pela residente do Serviço Social na UTI - HU/UFSC entre abril a agosto de 2019

<b>Cidade de Residência do paciente</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Cidade de Residência do paciente</b>	<b>Quantidade</b>
Florianópolis	18	São Bento do Sul	1
Palhoça	5	Herval D'Oeste	1
Tijucas	4	Vidal Ramos	1
São José	3	Urubici	1
São João Batista	2	Porto Belo	1
Itajaí	1	Leoberto Leal	1
Guaramirim	1	Piçarras	1
Itapema	1	Em situação de rua	1

Fonte: Elaboração da autora. A partir do formulário de registro das atividades do Serviço Social.

De acordo com o quadro 2 em que apresenta os municípios de origem dos pacientes atendidos na UTI, identifica-se predominância de pacientes com origem nos municípios que

compõe a Grande Florianópolis, sendo: Florianópolis (18), Palhoça (5), Tijucas (4), São José (3) e São João Batista (2). Num primeiro momento, esse dado pode evidenciar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde vivenciados por usuários que residem em municípios de pequeno porte espalhados por Santa Catarina.

No Brasil, a descentralização é considerada um dos princípios do SUS, e sucedeu em nível municipal, assim os municípios foram responsabilizados pela organização e gestão. Conforme Silva et al. (2016, p. 1110), “a descentralização não assumiu papel prioritário de acesso universal aos serviços de saúde, mas sim um caráter estratégico de intervenção na economia, com o projeto de enxugamento do Estado e estabilidade econômica”. Nesse sentido, a descentralização se deu numa estratégia de conter os gastos pela união ao responsabilizar os municípios que nem sempre possuem condições de arcar com tais papéis. “Isso traduz o alto peso sobre os municípios que, além da Atenção Básica (AB), acabam tendo que garantir acesso a serviços de Média Complexidade (MC)” (SILVA et al., 2016, p. 1110).

Quadro 3 - Atividades desenvolvidas pela residente do Serviço Social na UTI - HU/UFSC entre abril a agosto de 2019

<b>Atividades desenvolvidas pela residente do Serviço Social</b>		
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Detalhamentos das atividades</b>	<b>Quantidade</b>
Atendimentos com pacientes e/ou familiares	Contato com familiares para informar que paciente será transferido para outra unidade/alta/sobre internação	6
	Acolhimento e/ou entrevista inicial realizada com familiares e/ou paciente; Orientações referentes às rotinas diárias da UTI e do Serviço Social na Unidade	39
	Encaminhamento de familiar para hospedagem junto a Grupo de voluntários/Hostel custeado pela AAHU	8
	Orientação sobre solicitação judicial de procuração	1
	Orientações de óbito	6
	Liberação de alimentação no refeitório	3
	Restrição de visita	1
	Orientações sobre curatela emergencial	1
Atividades com equipe multiprofissional	Conversa com equipe sobre quadro clínico do paciente	1
	Solicitado declaração de internação para medicina	1

Contato e/ou encaminhamentos a outros serviços de saúde	Consultório na Rua; Contato telefônico para informar situação do paciente	1
	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para informações sobre auxílio-funeral	1
	SMS informações sobre transporte para familiares e/ou pacientes	2
	Contato com hospitais que paciente veio transferido ao HU/UFSC	1
	Contato com Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) para referenciar família	4
Contato com outros serviços sociais e judiciários	Enviado email para verificar qualidade de segurado do paciente	1
Direitos sociais	Previdenciários (auxílio doença, aposentadoria, acréscimo de 25%, perícia hospitalar, prova de vida, retornar a qualidade de segurado.....)	8
	Assistência Social - critérios de acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC)	1
Outras	Solicitado pela equipe a presença de um Padre para extrema-unção;	1
	Demanda espontânea de ex-paciente da UTI procurando atestado médico	1
	Encaminhamento de solicitação de O2 domiciliar	1
	Orientações sobre retorno aos estudos através do EJA	1
	Informação sobre movimentação bancária da paciente	1

Fonte: Elaboração da autora. A partir do formulário de registro das atividades do Serviço Social.

Como definido no conceito ampliado de saúde<sup>9</sup>, o usuário é compreendido como um sujeito complexo, formado por múltiplas áreas que influenciam em sua vida. Deste modo, é necessário ouvir o usuário, compreender o contexto social em que está inserido e, a partir

<sup>9</sup> “(...) Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até as informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam do povo (...)” (AROUCA, 1987, p.36).

daí, atender às suas demandas compreendendo que o processo saúde-doença ultrapassa o modelo biomédico.

Em consonância, os dados apresentados no quadro 3, demonstra que as demandas levantadas pelos usuários não se limitam a respostas dadas pela instituição, sendo necessário acionar outros serviços, como: Secretarias Municipais de Saúde, Consultório na Rua, INSS, CRAS, outros hospitais, etc. Assim, a integralidade é de grande relevância como princípio do SUS, e torna-se imprescindível para o assistente social realizar um trabalho em rede com as demais políticas públicas. Nesse sentido, Nogueira e Miotto (2006, p.8) descrevem que “(...) a integralidade não é atributo específico de uma determinada profissão e nem de um serviço, mas compreende distintas práticas profissionais interdisciplinares que se articulam no campo da promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições”.

Além disso, ao vivenciar diariamente a rotina na UTI, observa-se que a melhora no quadro clínico torna-se um elemento fundamental para os familiares que estão aflitos com a instabilidade vivenciada durante internação na UTI. Assim, torna-se desafiador para o profissional conseguir ultrapassar as demandas emergenciais apresentadas inicialmente, e conseguir conversar sobre a efetivação dos direitos com os familiares. Em consonância com esta dificuldade apresentada, fica evidenciado através do quadro 3, o expressivo número de encaminhamentos realizados para hospedagem de familiar junto a Grupo de voluntários ou no Hostel custeado pela AAHU, no qual se caracteriza como uma demanda emergencial e nos remete a desresponsabilização do Estado em relação a essa demanda, realocando o encargo para ser respondido através do serviço de voluntários. Ao refletir sobre o trabalho voluntariado Vasconcelos (2011, p. 22) refere que:

“(...) é a necessidade que o Estado tem, ao desresponsabilizar-se pela questão social, de encontrar quem a assuma de alguma forma. E nada como a questão social - não como fruto da exploração direta ou indireta do trabalho pelo capital, mas como problema de indivíduos desqualificados, miseráveis, ou seja, pobre - para dar sentido ao trabalho voluntário. A questão social ao ser individualizada, aparentemente, perde o seu caráter público e coletivo e, em verdade, passa ser a única, na relação entre os homens, que se presta ao trabalho voluntário” (VASCONCELOS, 2011, p. 22).

A realização de trabalho voluntário ao desresponsabilizar o Estado com os seus deveres perante a sociedade acaba por “não politizar o espaço do acesso e debate dos direitos sociais. Assim, a criação de “sociedades de ajuda mútua” pode até permitir uma

“reintegração na atividade produtiva”, mas uma reintegração sempre subalterna, voltada para a busca de consenso, de consentimento e de aceitação da coerção” (VASCONCELOS, 2011, p. 24).

Também ao responder as demandas apresentadas pelos usuários de forma isolada, reduzimos as situações vivenciadas pelos usuários e/ou familiares como individuais de cada sujeito envolvido, e esquecemos assim, da possibilidade de pensar a intervenção profissional num caráter coletivo. É necessário problematizar as diversas situações em que são comuns entre os usuários e/ou familiares internados na UTI. Como refere Vasconcelos (2011, p. 32) as demandas “não são publicizadas nem consideradas na projeção e encaminhamento das ações pelos assistentes sociais, assim como por nenhum dos demais profissionais”.

Outro aspecto relevante para reflexão acerca das atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, refere às solicitações realizadas por profissionais de outras áreas para que o assistente social atue em situações que poderiam ser realizadas por qualquer outro profissional da unidade, pois não há necessidade de conhecimento técnico específico, como por exemplo: contato telefônico para solicitar o padre para extrema-unção. Isso se dá devido ao fato de que muitos profissionais não compreendem o papel do assistente social em seu espaço sócio-ocupacional, o que gera um acúmulo de atividades para os profissionais do Serviço Social. Nesse contexto, evidencia-se a importância de que o assistente social tenha clareza em seu objeto de intervenção profissional, e qual a finalidade das intervenções realizadas com os usuários e/ou familiares.

Como Vasconcelos (2011, p. 31) descreve a atuação do assistente social deve ultrapassar a “vontade de ajudar” e “contribuir para a transformação de um direito legal em direito real, na busca de radicalização da democracia, exige trabalho pensado, consciente e não compaixão, ajuda, o que não significa negar e não se preparar para lidar e enfrentar a dor, o sofrimento, diferentes perdas e necessidades imediatas”.

(...) Os assistentes sociais realizam atividades em excesso e com isso ganham o reconhecimento dos usuários que, ao serem “bem tratados” e/ou “tratados com humanidade”, sentem-se prestigiados por receberem atenção tão especial de um profissional que, além de ser a autoridade como representante da instituição, é de “nível superior”. Da mesma forma, o assistente social conta com o reconhecimento das direções e representantes das instituições que têm nele o profissional perfeito para que o movimento cotidiano das unidades que dirigem se desenrole sem conflitos, na medida em que tudo que atrapalha seu “bom funcionamento” rebate e é absorvido pelos plantões do Serviço Social, onde o assistente social **ouve, apóia, orienta, aconselha**

**e/ou encaminha**, livrando a instituição de possíveis problemas e conflitos. Por fim, ainda que nem sempre reconhecidos e valorizados, os assistentes sociais são em geral solicitados pelos demais profissionais de saúde para o atendimento de demandas que facilitam direta ou indiretamente o andamento e a resolutividade de suas ações (VASCONCELOS, 2011, p. 32).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da realização do artigo, buscamos refletir sobre o Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, bem como a implementação do projeto no HU/UFSC, e relatar as mudanças obtidas com a implementação do projeto, tendo como foco a visita ampliada. Assim, através da pesquisa em campo com observação direta e participativa da autora, foi possível constatar que o projeto trouxe melhorias na redução de incidência das infecções hospitalares, principalmente no bundle referente a Infecção do Trato Urinário associado ao Cateter Vesical (ITU-AC), sendo que nos outros bundles as taxas de infecções no HU/UFSC manteve-se a mediana inicial, porém já eram consideradas baixas em comparação com outros hospitais participantes no projeto. Para mensurar as reduções nas taxas de infecções, é necessário continuar acompanhando os resultados obtidos com o projeto, e em estudos futuros publicizar as mudanças ocasionadas na unidade.

Em relação a visita ampliada, constatou-se benefícios para os pacientes e familiares através da aplicação dos PDSA. Tendo em vista que, ao ampliar o horário das visitas foi relatado pelas famílias maior conforto e segurança ao permanecerem próximos ao paciente. Assim, pensando em aperfeiçoar o serviço e nas implicações geradas por uma internação na UTI, se faz imprescindível a avaliação contínua com o *feedback* dos usuários, família e da equipe de saúde para obter resultados mais consistentes e caso necessário, para possíveis alterações na visita ampliada.

Ao analisar as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social na UTI - HU/UFSC evidenciou-se o desafio para o profissional em conseguir ultrapassar as demandas emergenciais apresentadas inicialmente, e conseguir conversar sobre a efetivação dos direitos com os familiares. Pois, devido a instabilidade do quadro clínico do paciente, os familiares ficam aflitos com a situação vivenciada na UTI. Desse modo, o assistente social necessita encontrar estratégias para abordar a família que vivência o processo de internação em uma UTI.

Em síntese, apesar dos desafios apontados para o Serviço Social num espaço sócio-ocupacional como a UTI, que solicita respostas imediatas para as demandas apresentadas pelos usuários e/ou familiares. Não podemos deixar de enfatizar a importância do assistente social enquanto profissional da saúde, que atua em prol da garantia de direitos na esfera da seguridade social ao socializar orientações a respeito de direitos sociais.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Deivid et al. Atuação do Serviço Social em Unidade de Terapia Intensiva: compartilhando a experiência do HU - UFSC.. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 15., 2015, Olinda. **Artigo**. Florianópolis: As, 2016. p. 1 - 16.

AROUCA, A S. S. Saúde e democracia. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009**: Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm)>. Acesso em 17 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lançamento do Projeto: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil**. Brasília: 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto Melhorando a Saúde a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil**. Brasília: 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/seguranca-do-paciente>> Acesso em 20 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Quase mil mortes evitadas por projeto desenvolvido em UTIs do SUS**. Publicado em 16 de Agosto de 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45680-quase-mil-mortes-evitadas-por-projeto-desenvolvido-em-utis-do-sus>>. Acesso em 19 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 415, de 24 de novembro de 2009**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0415\\_24\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0415_24_11_2009.html)>. Acesso em 20 set. 2019

\_\_\_\_\_. Projeto Colaborativo “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” já aponta resultados promissores. Publicado em 27 de Agosto de 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/sas/44140-projeto-colaborativo-melhorando-a-seguranca-do-paciente-em-larga-escala-no-brasil-ja-aponta-resultados-promissores>>. Acesso 02 out. 2019



BRASIL. Colaborativa Proadi (Brasília). Secretaria de Saúde (Org.). **Melhorando a Segurança do Paciente em larga escala no Brasil**: Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 76 slides, P&B.

(CFESS), Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: Cfess, 2010. 81 p. (TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS). Disponível em:

<[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 01 dez. 2019.

COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 571-580, 2009.

EBSERH. POP: Elaboração e extração de relatórios de pesquisa de preços do Siasg – DW – Diretoria Administrativa Financeira – Brasília: 2014. 16p. Disponível em:

<<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/manualpadronizacao pops/356c2f1c-27d8-419d-9ddb-49b42607eb8b>> Acesso em: 02 jul. 2019.

EBSERH. Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC (Org.). **Dimensionamento dos Serviços Assistenciais do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago**. 2016. Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/1059101/Dimensionamento+de+Serviços+-+HUPEST-UFSC.pdf/3ba538d1-4c0d-4522-b6d4-28f99653be44>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

EVANGELISTA, Viviane Canhizares et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1099-1107, 2016.

FAVARIN, Simoni Spiazzi; CAMPONOGARA, Silviomar. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 2, p. 320-329, 2012.

IHI. Latin America. In the Spotlight. 2019. Disponível em: <<http://www.ihl.org/regions/latinamerica/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 02 out. 2019.

IHI. History. 2019. Disponível em: <<http://www.ihl.org/about/Pages/IHIVisionandValues.aspx>>. Acesso em: 02 out. 2019

IHI. How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Cambridge, MA: 2012.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-4.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf)>. Acesso em: 07 dez. 2019

PAULINO, S. UTI do HU não registra casos de infecção no uso de três dispositivos invasivos. Notícias da UFSC. Publicado 08 de janeiro de 2019. Disponível em: <<https://noticias.ufsc.br/2019/01/uti-do-hu-nao-registra-casos-de-infeccao-no-uso-de-tres-dispositivos-invasivos-em-dezembro/>>. Acesso em: 11 jun. 2019

ROCHA, Maria do Socorro da et al. **Caracterização da população atendida em Unidade de Terapia Intensiva**: subsídio para a assistência. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a15.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2019.

ROSA, R. G.; DA SILVA, D. B.; TEIXEIRA, C. **Projeto UTI Visitas**. Implementação e avaliação da visita familiar ampliada em UTIs brasileiras In: Hospital Moinhos de Vento. Porto Alegre: 2017. Disponível em: <[http://www.abrhrs.org.br/sites/default/files/artigos/case\\_hospital\\_moinhos\\_de\\_vento.pdf](http://www.abrhrs.org.br/sites/default/files/artigos/case_hospital_moinhos_de_vento.pdf)>. Acesso em: 14 jun. 2019

SANTOS, N. C.; ELEUTÉRIO, A. P. da S.; LIMA, R. L.. O fazer profissional do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva do HUOL: uma análise sob o olhar dos usuários. Serviço

Social em revista. Londrina, v. 17, n.2, p.146-168, jan./jun. 2015. Disponível em: . Acesso em: 01 set. 2019.

SILVA, Camila Ribeiro et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Londrina, p.1109-1120, 29 set. 2016. Mensal. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1109.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2019.

UFSC. Hospital Universitário avalia resultados de projeto para reduzir infecções na UTI. Publicado em 10 de setembro de 2018. Disponível em: <<https://noticias.ufsc.br/2018/09/hospital-universitario-avalia-resultados-de-projeto-para-reduzir-infecoes-na-uti/>>. Acesso em: 10 jun. 2019

UFSC - Hospital Universitário. Universidade Federal de Santa Catarina. **Regimento Interno**. Data do Regimento: 14 de setembro de 2015. Florianópolis: HU/UFSC, 2015. Disponível em: <[http://www.hu.ufsc.br/documentos/Regimento\\_Interno\\_HU\\_aprovado\\_no\\_Conselho\\_Diretor.pdf](http://www.hu.ufsc.br/documentos/Regimento_Interno_HU_aprovado_no_Conselho_Diretor.pdf)> Acesso em: agosto 2019.

UFSC - Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Apresentação**. Disponível em: <[http://www.hu.ufsc.br/?page\\_id=12](http://www.hu.ufsc.br/?page_id=12)>. Acesso em: 20 ago. 2019.

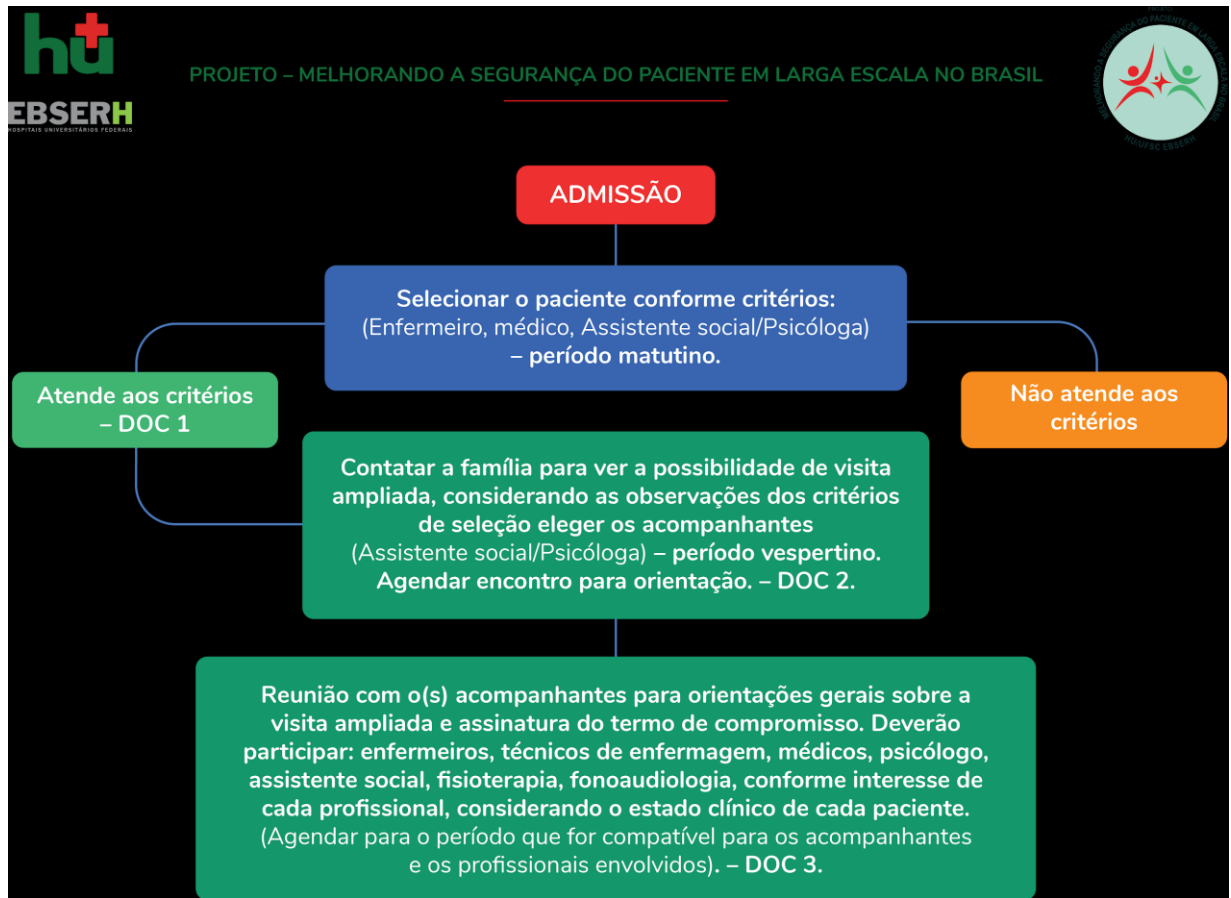
UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Serviço de Terapia Intensiva - Protocolo Clínico - Critérios de admissão em Unidade de Terapia Intensiva. Agosto de 2016. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/medicina-intensiva/wp-content/uploads/sites/35/2016/03/Protocolo-Admiss%C3%A3o-UTI-2016.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

**APÊNDICE A - Formulário de registro das atividades do Serviço Social**

Nome	Idade	Gênero	Data dos atendimentos	Cidade	Demandas	Respostas/ encaminhamentos

**ANEXO 1 - Fluxograma da visita ampliada na UTI - Adulto**



## ANEXO 2 - Procedimento Operacional Padrão (POP) da Visita Ampliada na UTI Adulto



## **POP DA VISITA ESTENDIDA NA UTI ADULTO**

- 1 - Após admissão do paciente na UTI realizar seleção junto à equipe multiprofissional atentando-se aos critérios (documento de referencia: **fluxograma da visita ampliada**).
- 2 - Caso haja concordância entre a equipe e atendimentos aos critérios realizar entrevista multiprofissional aos familiares e assinatura do termo de compromisso (documentos de referencia: **SELEÇÃO DE PACIENTES PARA VISITA AMPLIADA e FICHA DE ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES DA VISITA AMPLIADA**).
- 3 - Caso a família possua disponibilidade para a visita ampliada:
  - a. A equipe deverá realizar as orientações referentes às rotinas do HU, da Unidade e de Segurança do paciente (fornecimento da Cartilha).
  - b. A equipe deverá se atentar a disponibilização de acomodação adequada ao familiar (poltrona ou cadeira).
  - c. Deverá ser fornecido cartão de acompanhante ao familiar que permanecer para realização das refeições.
  - d. Deverá ser fornecido crachá do leito em que o paciente encontra-se internado para que o acompanhante tenha acesso à UTI.
  - e. Anexar o termo assinado pelo acompanhante na contracapa do prontuário do paciente.
  - f. Anexar no acrílico da parede do leito a ficha de identificação multiprofissional devidamente preenchida.
  - g. A equipe deverá acompanhar a visita ampliada e avaliar periodicamente.

### **ANEXO 3 - Ficha de Identificação do paciente**



Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago  
SASC - Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária



**NOME:** \_\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS PESSOAIS:**



**VISITA AMPLIADA?** SIM  NÃO

**FAMILIARES AUTORIZADOS À VISITA AMPLIADA:**

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_



**DISFAGIA?**

**PRÓTESE REMOVÍVEL?** SIM  NÃO



**PA** \_\_\_\_\_ **PI** \_\_\_\_\_

**ALTURA:** \_\_\_\_\_



**RIMA** \_\_\_\_\_

**VC (6m/kg)** \_\_\_\_\_

**ALTERAÇÕES MOTORAS** \_\_\_\_\_

Peso Predito= (altura – 152,4) x 0,91 + 50 – homem

Peso Predito = (altura - 152,4) x 0,91 + 45,5 - mulher



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - EBSEH

### FICHA DE ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES DA VISITA AMPLIADA

DADOS DO PACIENTE	
Nome:	Prontuário: Idade:
Leito:	Data de internação:
DADOS DOS ACOMPANHANTES	
Nome 1:	Idade:
Grau de parentesco:	Fone:
Disponibilidade de horário 1:	
Possui doença crônica, quais? (1)	
Faz uso de medicamentos? quais? (1)	
Nome 2:	Idade:
Grau de parentesco:	Fone:
Disponibilidade de horário 2:	
Possui doença crônica, quais? (2)	
Faz uso de medicamentos? quais? (2)	

Em relação à visita ampliada na UTI do Hospital Universitário – HU/UFSC, nos comprometemos a seguir as orientações previstas nesse documento:

- Os acompanhantes deverão ser maiores de 18 anos para permanecer com seu familiar na UTI,
- Acompanhantes com doença crônica que não ofereçam condições de físicas de permanecer no ambiente da UTI, não serão permitidos em visitas ampliadas.
- Estou ciente que vou receber um crachá para a abertura eletrônica da porta da UTI, que deverá ser entregue na portaria de visitas ao sair do hospital ou nas trocas de acompanhante;
- Vou receber a chave do armário da sala de visitas para guardar meus pertences; e estou ciente que o Hospital Universitário não se responsabiliza por objetos de valor. É de minha responsabilidade entregar a chave para a pessoa responsável pela segurança da porta da UTI;
- Higienizar as mãos antes de entrar e ao sair da UTI, e sempre que necessário (conforme orientação)
- Não poderei usar o celular nas dependências da UTI. O mesmo deve ficar em modo silencioso e guardado em local seguro;
- Fica proibido fotografar os pacientes e membros da equipe; e em caso de desrespeito a regra, o paciente perderá benefício da visita ampliada;
- Devo utilizar o banheiro situado na sala de espera da UTI;
- Estou ciente que minha permanência no hospital foi autorizada para a visita ampliada ao paciente listado acima, deste modo, não devo visitar outros pacientes ou circular pelas dependências da UTI e do hospital;
- Estou ciente que receberei um avental de tecido para vestir enquanto estiver acompanhando o meu familiar no box da UTI, sendo que irei retirá-lo e entregar aos profissionais no final da visita;
- Estou ciente que tenho direito a duas refeições dentro do hospital, sendo elas almoço e janta; As refeições deverão ser realizadas no refeitório do hospital;



- Sei que é proibido fornecer ou oferecer alimento aos pacientes internados nessa unidade, visto que o cardápio dos mesmos é previamente preparado por uma equipe de nutricionistas; e é parte do tratamento;
- Não devo mexer em sondas, curativos, cateteres, bomba de infusão, ventiladores ou quaisquer aparelhos conectados ao paciente. Estou ciente que a manipulação desses instrumentos é função da equipe de saúde e a manipulação indevida pode influenciar negativamente no tratamento;
- É proibido sentar ou deitar no leito do paciente;
- Sei que a visita ampliada é uma atividade terapêutica e tem como função ajudar o meu ente querido a enfrentar o processo de doença dentro de uma UTI, deste modo, me comprometo a não trazer situações de conflitos ou relatar eventos estressantes, visto que, essas ações podem prejudicar a evolução do quadro do paciente;
- Devo atentar para a vestimenta que usarei enquanto estiver em visita estendida, bem como ao uso de perfumes fortes e adornos que possam prejudicar minha permanência dentro da UTI. Devo também manter os cabelos presos;
- Estou ciente que em caso de procedimentos invasivos ou de necessidade do setor, poderão solicitar que eu saia do quarto e que meu retorno será permitido após normalização da situação;
- Fui informado que o horário disponível para visita estendida é das 09:00 às 21:00 e a troca de visitantes previamente selecionados devem ser feitas no horário às 15:00.
- A autorização de visita ampliada se dá mediante a aprovação nessa ficha de avaliação, sendo assim, só poderei revezar o horário de visita estendida com quem está devidamente autorizado pela equipe de saúde;

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_,

Eu \_\_\_\_\_ portador do CPF \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ concordo com os termos citados acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Eu \_\_\_\_\_ portador do CPF \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ concordo com os termos citados acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(S) PROFISSIONAIS



## ANEXO 5 – Cartão de autorização com orientações aos acompanhantes

### 3. REFEIÇÕES

☒ A avaliação para o fornecimento de refeições aos acompanhantes é realizada pelo Serviço Social, considerando a situação socioeconômica da família.

☒ A alimentação para o acompanhante será servida no refeitório nos seguintes horários:

**Café da manhã:** 7h às 7h30m  
**Almoço:** 12h30m às 13h.  
**Jantar:** 18h às 18h30m

☒ Não é permitida a entrada de alimentos no hospital.

O tempo é ...

Lento demais para aqueles que esperam ...  
 Rápido demais para aqueles que têm medo ...  
 Longo demais para aqueles que sofrem ...  
 Curto demais para aqueles que estão alegres ...  
 Mas para aqueles que amam ...

O Tempo é Eterno!

(Autor desconhecido)

### AUTORIZAÇÃO

O(a) paciente \_\_\_\_\_  
 do quarto nº \_\_\_\_\_ leito \_\_\_\_\_, localizado  
 na clínica \_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_  
 andar, fone \_\_\_\_\_, tem autorização  
 para permanecer com 01 (um) acompanhante no  
 período de:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ das  
 \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h..

Fpolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Enfermeira(o) Responsável  
 COREn

Obs.: Sempre que entrar no Hospital Universitário,  
 o(a) acompanhante deverá apresentar esta autorização  
 na recepção.

contato:

[www.hu.ufsc.br/comissao.de.humanizacao](http://www.hu.ufsc.br/comissao.de.humanizacao)

**hu** Universidade Federal de Santa Catarina  
**Hospital Universitário**  
 Prof. Dr. Polydoro Ernani de São Thiago

### COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO



### ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHANTES

Estas orientações têm por objetivo informar os acompanhantes sobre as normas e rotinas do hospital, para garantir condições de conforto, tranquilidade e segurança aos pacientes, visando à assistência de qualidade.

Cód. 151505

### 1. INFORMAÇÕES GERAIS

☒ Cabe a(ao) enfermeiro(o) da unidade autorizar, suspender ou ampliar o tempo de permanência do acompanhante, considerando o parecer da equipe de saúde.

☒ Será autorizado apenas 01 acompanhante por paciente e, de preferência, do mesmo sexo do paciente.

☒ O acompanhante poderá permanecer até às 22 horas. Após esse horário, permanecerá somente com a avaliação prévia da equipe.

☒ O hospital não dispõe de acomodações para o acompanhante, somente poderá ser oferecido, quando disponível, poltronas reclináveis.

☒ Não será permitido acompanhantes menores de 18 anos de idade (exceto o pai na maternidade e na pediatria) e pessoas que não tenham condições de saúde ou emocionais.

☒ Informações sobre o diagnóstico e o tratamento do paciente deverão ser obtidas diretamente com o médico.

☒ Os pacientes e acompanhantes das Unidades de Internação serão acolhidos pelo Assistente Social para orientações e encaminhamentos necessários às situações de vulnerabilidade social.

### 2. DIREITOS E DEVERES DOS ACOMPANHANTES

☒ Permanecer junto ao paciente e comunicar à enfermagem quando será necessário afastar-se.

☒ Colaborar, se desejar, nos cuidados como: banho, alimentação, locomoção, sempre com orientação da enfermagem.

☒ Transmitir as informações recebidas para outros membros da família, auxiliando assim, na melhoria da continuidade dos cuidados.

☒ Apresentar-se a(ao) enfermeiro(a) antes de entrar em quartos de isolamento para receber orientações corretas.

☒ Não entrar na rouparia. Caso necessite de algo, solicitar à equipe de enfermagem.

☒ Não transitar entre os quartos e outras enfermarias.

☒ Lavar as mãos antes e depois de prestar cuidados ao paciente.

☒ Retirar-se do quarto sempre que solicitado pela equipe de saúde.

☒ Não é permitido fazer cama no chão, deitar ou sentar na cama do paciente.

☒ Não trazer objetos de valor, uma vez que o hospital não se responsabiliza pelos seus pertences.

☒ Será permitido apenas 01 aparelho de televisão por quarto, devendo ser desligado às 22 horas. No Alojamento Conjunto, não será permitido TV nos quartos.

☒ É expressamente proibido fumar nas dependências do hospital.

☒ Trajar-se adequadamente para um ambiente hospitalar, evitando shorts, minissaias e roupas transparentes.

☒ Utilizar para o banho, o chuveiro localizado na entrada da CM3, solicitando a chave no posto de enfermagem da mesma.

☒ Trazer seus objetos de uso pessoal: toalha de banho e de rosto, sabonete, escova de dente, pente.

☒ Utilizar somente os sanitários localizados próximos aos elevadores de cada andar.

☒ O telefone da Unidade é de uso exclusivo do serviço. Não será chamado acompanhante para atender telefonemas, sendo que os recados serão transmitidos quando necessário. Utilize o telefone público localizado no corredor, ao lado do elevador.

☒ Se precisar usar celular nas dependências do hospital, mantenha-o, sempre, no modo silencioso.

☒ Procure estimular o paciente, contribuindo para seu bem-estar emocional. Mantenha uma atitude positiva. Não relate problemas familiares que possam afetar o paciente.

☒ Não traga flores. Elas são bonitas, mas podem transmitir doenças aos pacientes.

## ANEXO 6 - Folder da hospedagem de familiar junto a Grupo de voluntários

## ATENÇÃO

- Você foi encaminhado pelo Serviço Social do HU/UFSC à Casa da Dona Maria Valenza, situada na Rua ~~Marcelo Antônio Homery, nº 447~~ **Trindade**.
- A senhora Maria Valenza é voluntária e disponibiliza um espaço de sua residência para acompanhantes/familiares impossibilitados de pernoitar no HU durante internação.
- É, portanto, um serviço voluntário, gratuito e restrito que prioriza vagas às pessoas residentes fora da Grande Florianópolis.
- **Ao pegar a chave da casa, deixe seu número de telefone para contato.**
- Mantenha a comunicação ativa, caso não pernoite no local, avise a proprietária ou a Assistente Social que a/o encaminhou.
- Leve seus objetos de higiene e uso pessoal, os mesmos não serão fornecidos no local.
- Não há fornecimento de refeições.

**É PROIBIDO FUMAR NO LOCAL!**

**AO DESOCUPAR A VAGA, NÃO ESQUEÇA  
DE DEVOLVER AS CHAVES!**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

**SERVIÇO SOCIAL**



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA

**hú** Hospital Universitário  
Professor Polydoro Ernani de São Thiago



Serviço Social

**CONIATO**

Plantão Serviço Social

(48) 37219126

(48) 37219127

ssocial.hu@gmail.com



**ORIENTAÇÕES PARA PERMANÊNCIA  
CASA SRA. MARIA VALENZA**

- => Sra. Maria é Voluntária, disponibiliza um espaço da sua residência para acompanhantes/familiares impossibilitados de permanecer no Hospital para acompanhar internação;
- => É um serviço voluntário, gratuito e restrito ao tempo de permanência do/a paciente em unidade onde não é permitido acompanhante;
- => Prioriza-se encaminhamentos de pessoas vindas de fora da região da grande Florianópolis;
- => Quarto é coletivo, restrito à permanência de pessoas do mesmo sexo;
- => Caso seja encaminhado e não fique na casa, comunique o Serviço Social do HU ou a Sra. Maria;
- => Caso deixe de acompanhar o paciente ou passe a ficar no Hospital, é necessário devolver as chaves imediatamente à Sra. Maria;
- => Deixe o número de seu telefone celular de contato com a Sra. Maria;
- => É proibido fumar dentro de casa;
- => Ao sair da casa deixar o quarto organizado;
- => Sra. Maria não fornece materiais de higiene, de uso pessoal e refeições.

**Obs.: somente serão aceitos acompanhantes encaminhados pelo Serviço Social - HU/UFSC/EBSERH.**

---

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu \_\_\_\_\_, inscrito no CPF \_\_\_\_\_ e no RG \_\_\_\_\_ mediante este instrumento, declaro responsabilizar-me pela conservação da propriedade da sra. Maria Valenza, comprometendo-me com o cumprimento das normas estabelecidas acima.

A permanência para pernoite será de no máximo uma semana a contar da presente data, sendo avaliada após este período pelo Serviço Social.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Acompanhante