

ESTADO DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
GERÊNCIA DE ESPECIALIZAÇÃO E PROJETOS ESPECIAIS

O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

MIRIAM DOLORES MORESCO SILVA

Especializando

Prof. ALCIDES MILTON DA SILVA

Coordenador

Prof. OCTACÍLIO SCHULER SOBRINHO

Orientador

Florianópolis

1998

ESTADO DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA CATARINA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSO HUMANOS EM SAÚDE
GERÊNCIA DE ESPECIALIZAÇÃO E PROJETOS ESPECIAIS

MIRIAM DOLORES MORESCO SILVA

O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

Parecer: _____

ALCIDES MILTON DA SILVA
CAETANO

Coordenador

Membro

OCTACÍLIO SCHULER SOBRINHO

Orientador

JOÃO CARLOS

AGRADECIMENTOS

Ao Jânio, Conrado e Juliano, pela compreensão e incentivo em todos os momentos desta caminhada.

À chefe do Serviço Social Hospitalar Schirley, que me liberou das atividades profissionais durante a realização do curso e que muito me incentivou para a realização do mesmo.

Aos colegas de trabalho, que na minha ausência, assumiram as tarefas e responsabilidade que por mim seriam desenvolvidas.

Aos colegas do curso, com quem convivi e muito aprendi.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	06
ABSTRACT -----	07
BASE MONOGRÁFICA -----	08
INTRODUÇÃO -----	09
I - O HOSPITAL -----	12
1.1 Conceitos -----	12
1.2 Funções do hospital -----	14
1.3 Classificação dos hospitais -----	17
1.4 Organização funcional -----	19
1.4.1 Estrutura diretiva -----	19
1.5 Relações interdepartamentais -----	20
1.6 O doente e a doença -----	22
II- SERVIÇO SOCIAL-----	26
2.1 Contextualização -----	26
III - SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE HOSPITALAR-----	38
3.1 Serviço Social no Hospital Governador Celso Ramos -----	39
3.2 Relação Serviço Social, usuário e instituição -----	43
3.3 Prática profissional -----	44
3.4 Metodologia -----	44
3.5 Unidade de ambulatório -----	50
3.6 Unidade de internação -----	52
3.7 Atividade de grupo -----	53
3.7.1 Grupo educativo -----	54
3.7.2 Grupo operativo -----	55
3.8 Instrumentos da ação-----	55
3.8.1 Entrevista-----	56
3.8.2 Encaminhamentos-----	56
3.8.3 Visita domiciliar-----	57
3.9 Registro de ação em Serviço Social -----	58

3.10 Ações de planejamento e de pesquisa-----	59
3.11 Supervisão-----	60
IV - CONCLUSÃO-----	61
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	65
VI - ANEXO-----	67

APRESENTAÇÃO

Esta monografia foi elaborada para conclusão do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, desenvolvido pelo Estado de Santa Catarina em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, Gerência de Especialização e Projetos Especiais, no período de março a novembro de 1998.

Tem por objetivo apresentar estudos sobre o Serviço Social no contexto hospitalar, no que tange o atendimento as necessidades biopsicossociais apresentadas pelos usuários do Hospital Governador Celso Ramos.

Para elaboração deste trabalho foi efetuado levantamento bibliográfico sobre o Hospital e Serviço Social, reportando-nos a prática executada no Serviço Social do Hospital Governador Celso Ramos, sendo este um hospital geral, de grande porte, atendendo as mais diversas especialidades.

A escolha do tema deu-se devido, a necessidade de efetuarmos uma análise teórico-metodológica, quanto a prática do Serviço Social no contexto hospitalar, no sentido de organizar subsídios que possam apontar diretrizes de ação. Sabemos que o contexto atual da saúde tem se apresentado num cenário fragmentado, que não contempla as reais necessidades da população, visto a insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros. Neste sentido o Serviço Social se reporta a esta situação como mediador deste processo, na busca de possíveis alternativas, novas práticas que atendam as demandas que se colocam no cotidiano hospitalar.

ABSTRACT

This monograph was elaborated for conclusion of the Course of Specialization in Gestão Hospitalar, developed by Santa Catarina's State in partnership with the Clerkship of State of the Health, Center of Development of human resources in Health, Management of Specialization and Special Projects, in the period of March to November of 1998.

She has for objective to present studies on the Social Service in the context hospitalar, in what it plays the attendance the needs biopsicossociais presented by the users of the Hospital Governador Celso Ramos.

For elaboration of this work bibliographical rising was made on the Hospital and Social Service, reportando-us the practice executed in the Social Service of the Hospital Governador Celso Ramos, being this a general hospital, of great load, assisting the most several specialties.

The choice of the theme occurred due, the need of we make a theoretical-methodological analysis, as the practice of the Social Service in the context hospitalar, in the sense of organizing subsidies that can aim action guidelines. We know that the current context of the health has been presenting him in a broken into fragments scenery, that it doesn't contemplate the real needs of the population, seen the inadequacy of human resources, materials and financiers. In this sense the Social Service if reporta to this situation as mediator of this process, in the search of possible alternatives, new practices that you/they assist the demands that are placed in the daily hospitalar.

BASE MONOGRÁFICA

O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

O serviço social no contexto hospitalar emerge de práticas assistencialistas, onde preconizava-se a triagem sócio - econômica, para incluir e excluir clientes à benefícios instituídos através de Políticas Sociais imediatistas e corretivas, para compor a equipe multidisciplinar de atendimento global ao paciente e família.

Sua atividade, abrangendo as esferas psicossocial, econômica, profissional, reabilitacional e educacional, contribuem para uma melhor qualidade do atendimento médico hospitalar, em consequência tratamento holístico para o paciente.

Assim é fundamental a inserção do Serviço Social na equipe de saúde contemplando o paciente e a família como alvo de sua ação, subsidiada nos princípios do respeito, da participação e da cidadania.

INTRODUÇÃO

O Hospital é um órgão que está baseado nas tradições, costumes e desenvolvimentos dos povos, considerando a evolução natural da humanidade, este também evoluiu, deixando de ser um lugar onde se abrigava pobres e peregrinos doentes, tornando-se uma instituição planejada, com técnicos preparados para atuar no processo saúde x doença.

O Ministério da Saúde define Hospital como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob qualquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em Centro de Educação, Capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde, bem como, de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar estabelecimentos de saúde a ele vinculados.

Os hospitais podem ser classificados sob os aspectos clínicos, jurídicos ou pelo número de leitos. Pode Ter sua ação limitada a um grupo etário, no caso Hospital Infantil, Geriátrico; à determinada camada da população, Hospital Militar, Previdenciário; ou à finalidade específica como Hospital de Ensino; e Hospital Especializado como os destinados predominantemente, a pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica.

A organização hospitalar, como qualquer outra instituição social, está estruturada em níveis hierárquicos, sendo que todas as atividades estão centradas no paciente. Temos como serviços diretos, os que exercem ação direta junto ao paciente, tais como: serviço médico, serviço de enfermagem e por certos aspectos a eles ligados, o serviço social, fisioterapia e outros. Os serviços auxiliares são os que não trabalham diretamente com o paciente, mas concorrendo para o estabelecimento do diagnóstico ou cooperando no tratamento médico. Os serviços institucionais são os que atuam de forma indireta, propiciando bem-estar e conforto aos pacientes.

É a cura do doente o objetivo maior do hospital, neste sentido apresentamos uma compreensão do cotidiano do paciente, quando envolvido no processo saúde-doença, reportando-o a unidade de internação, equipe de saúde e suas relações.

Cada vez mais caracteriza-se a importância do atendimento global ao paciente, tratando-o em sua totalidade. Neste sentido, insere-se às práticas médicas, outros

profissionais, que atuando em conjunto, atingirão mais rapidamente e com eficiência o objetivo almejado.

Entre os diversos profissionais que atuam na unidade hospitalar, o Assistente Social, através de métodos e técnicas inerentes a sua profissão, desenvolve atividades nas esferas psicossocial, econômica, profissional, reabilitacional e educacional, contribuindo também, para o tratamento do doente. Para uma maior compreensão do trabalho desenvolvido pelo Assistente Social, traçaremos uma evolução histórica do serviço social enquanto profissão.

O Serviço Social historicamente tem se vinculado às políticas e aos programas sociais destinados aos trabalhadores e aos diversos segmentos sociais de excluídos, seja através de ações relativas a programas governamentais, entidades filantrópicas, organizações populares. Ao ser criada, a profissão foi definida como prática social, concebida no âmbito da ajuda social. Evoluiu no processo de pensar-se a si mesma e à sociedade, gerando novas concepções e auto-representações, como técnica social modernizante e após processo político transformador, hoje dá ênfase nas problematizações da cidadania, das políticas sociais e na assistência social.

O serviço social insere-se no contexto hospitalar como profissional que articula o recorte social, no sentido das formas de promoção, bem como, das causalidade das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde.

A unidade ou departamento de serviço social do hospital tem como finalidade proporcionar aos pacientes tratamento psicossocial, planejar, executar e coordenar programas relacionados aos problemas médico-sociais, cooperando com o hospital no cumprimento dos seus objetivos para com o paciente, a comunidade.

No Hospital Governador Celso Ramos, o serviço social encontra-se subordinado à gerência técnica, tendo como objetivo básico estudar, diagnosticar e tratar o homem com seus problemas decorrentes de suas rápidas mudanças comportamentais e sociais, proporcionando sua promoção e o seu desenvolvimento.

O Serviço Social em sua prática psicossocial, seja individual, grupal ou comunitária, trabalha observando sempre a dimensão do fenômeno saúde/doença, procurando um elo de ligação entre as necessidades dos usuários e a possibilidade de prestação de serviços e resolução dos problemas.

A prática profissional do Assistente Social no HGCR é norteada pela metodologia dialógica, que é pensada a partir da descoberta de um sentido novo, no processo de ajuda psicossocial. O marco referencial dessa metodologia é constituído por três grandes conceitos:

Diálogo, pessoa e transformação.

A interação assistente social/cliente ocorre diariamente, através de contatos individuais, entrevistas e visitas, seja ele usuário da unidade de ambulatório, unidade de internação, emergência ou outros. Predominantemente, as ações encaminham-se no sentido de orientar e informar os pacientes e familiares sobre os recursos institucionais, encaminhar pacientes para consultas, exames e internações, orientar sobre recursos previdenciários e da comunidade, localizar familiares, preparar altas hospitalares, preparar e encaminhar óbitos, remover bloqueios psicossociais que interferem no tratamento médico hospitalar.

A ação do assistente social, pode se dar em diferentes situações: planejando e executando programas próprios do serviço social, incentivando programas a serem desenvolvidas por toda equipe de tratamento, auxiliando a administração na efetivação, ampliações ou mesmo supressão de programas.

CAPITULO I

1 – O HOSPITAL

1.1 – CONCEITOS

Ao tentarmos escolher uma definição que melhor possa caracterizar o hospital, verificamos que as definições acompanham as épocas.

Épocas em que o hospital foi caracterizado como *casa onde se trata doentes e indigentes, em que se abriga gente pobre e desamparada*¹.

Em 1955, o governo federal, ao estudar um melhor plano de assistência hospitalar encontrou a seguinte definição:

*Hospital é a instituição devidamente aparelhada em pessoal e material destinado ao diagnóstico e tratamento de pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidado permanente de enfermagem, em regime de internação*².

Limitada esta definição, pois abrange apenas tratamento em regime de internação e restringe os cuidados à assistência médica e de enfermagem.

Já Mirshawaka³, apresenta outra definição: *A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1956, definiu o hospital como sendo uma parte integrante de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população – curativa e preventiva – cujos serviços atingem a família e seu meio ambiente. Define, também, como sendo um centro destinado ao treinamento de pessoal da saúde bem como à pesquisa biossocial.*

Berezovsky⁴ cita que a Lei Orgânica de Assistência Hospitalar, em 1964, definiu hospital: *Hospital é a instituição convenientemente aparelhada em pessoal e material, destinada a atender pessoas, em regime de internação, para diagnóstico, tratamento e*

¹ BEREZOVSKY, op. cit. p. 09.

² Ibid, p. 09.

³ MIRSHAWAKA, op. cit. p.98.

⁴ BEREZOVSKY, op. cit. p.09.

reabilitação, incumbindo-lhe, ainda, proporcionar meios para a promoção da educação sanitária, da prevenção, do ensino e da pesquisa. E define a instituição para-hospitalar como: a instituição com as mesmas finalidades do hospital e que atende a pessoas em regime de não internação.

Malcon T. Mac Eachern, citado por Mirshawaka⁵, conceitua o hospital sob outro enfoque:

Hospital é a representação do direito inalienável que o homem tem de gozar saúde e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo sadio ou de restaurar-lhe a saúde perdida.

A partir da era cristã, o hospital passou a ser visto como uma entidade assistencial para doentes, pobres e peregrinos, onde a proteção e o amor ao próximo era fundamental. Entidade filantrópica de auxílio, caracterizado como uma instituição religiosa e espiritual. Durante muito tempo os hospitais eram o lugar onde as pessoas pobres e doentes iam para morrer de doenças incuráveis.

O hospital de abrigo para pobres e doentes, passou a ser uma instituição a serviço da comunidade, requerendo planejamento, organização e técnicos especialmente preparados.

É a partir do Século XIX, com o avanço da ciência, que o hospital começou a ser considerado uma instituição de tratamento de doença. Prestava-se assistência a doença das pessoas, sem a visão global da pessoa como ser humano.

No início desse século, o hospital ainda é um lugar de internação de pobres, embora todos reconhecidamente doentes e necessitando de cuidados médicos. Pessoas ricas e remediadas passaram a usa-lo somente após a sensível queda da mortalidade por infecção hospitalar e a medida que alojamentos diferenciados foram instalados. O aumento crescente de patologias por causação externas e violentas e o adensamento urbano, conseqüência do processo de industrialização originou a socialização do uso hospitalar.

Somente na metade do Século XX, com a produção industrial dos quimioterápicos e de equipamentos, que o hospital adquire características e missões próprias do hospital contemporâneo.

Mischawaka⁶, afirma que *o hospital deve ser encarado sob a forma de uma instituição dotada de planta física, equipamento e organização adequados à recepção de pacientes em regime de internação como ao seu tratamento, a fim de devolvê-los à comunidade em condições satisfatórias de saúde.*

⁵ MISCHAWAKA, op. cit. p. 16.

Pessini⁷ em estudo realizado sobre o hospital para o Século XXI diz que:

Esta instituição como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, data do final do século XVIII. Na verdade, os hospitais existem há milênios. O que se descobriu no século XVIII é que os hospitais não curavam tão bem quanto deviam. O hospital, desde a Idade Média, não era uma instituição médica e nem concebido para curar; era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, bem como instituição de exclusão e separação. É o lugar onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas etc.. Dizia-se nesta época que o hospital era um morredouro.

Medicina e hospital mudam, o hospital tornou-se uma instituição social, constituída de unidades administrativamente entrosadas.

Berezovsky⁸, conceitua a instituição social como: *um grupo de pessoas unidas em tarefa ou tarefas comuns, subordinadas a certa porção do meio ambiente, manejando algum aparelho técnico e obedecendo a um corpo de regra.*

O hospital pode ser considerado como uma instituição social organizada, pois se enquadra na definição de Mooney, citado por Berezovsky⁹, que diz:

Organização é a forma pela qual os seres humanos se associam para a obtenção de um objetivo comum.

Sendo assim, em conformidade com estas conceituações, situamos o hospital como uma instituição social, cuja organização está voltada para o doente.

1.2 – FUNÇÕES DO HOSPITAL

Segundo Mirshawaka¹⁰, em 1956, a Organização Mundial da Saúde, discutiu as funções do hospital, *e sentiu que não poderia limitar suas atividades na área restaurativa, e sim, tanto quanto possível, deveria organizar-se no sentido de atender às necessidades preventivas, às de ensino e pesquisa.*

Silva¹¹ define as funções do hospital como segue:

- *Função restaurativa: na função restaurativa o hospital desenvolve atividades de diagnóstico (ambulatório e internação), tratamento de doenças, reabilitação física, mental e social do indivíduo e cuidados de emergência.*

⁶ Ibid, p. 22.

⁷ PESSINI, op. cit. p. 131.

⁸ BEREZOVSKY, op. cit. p. 07.

⁹ Ibid, p. 07.

¹⁰ MIRSHAWAKA, op. cit. p. 19.

- *Função preventiva: nesta função o hospital desenvolve atividades de prevenção não só com objetivo de ajudar ao cliente como também seus familiares. Estabelecem programas que incluem a supervisão da gravidez normal e nascimento da criança, a supervisão do crescimento normal da criança, o controle das doenças transmissíveis, a prevenção das enfermidades prolongadas ou crônicas, a prevenção da invalidez mental e física, a educação sanitária e a saúde ocupacional.*
- *Função de ensino: o hospital desenvolve a função de campo de estágio para a formação de nível médio, de graduação e de pós-graduação em geral, para os profissionais da saúde e afins. Ainda, nesta área, o hospital desenvolve atividades de ensino ao cliente e família, bem como, treinamento e atualização do pessoal que trabalha no hospital.*
- *Função de pesquisa: a função de pesquisa do hospital é bastante ampla, reunindo as pesquisas relacionadas aos aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença; e as pesquisas relacionadas às práticas hospitalares, técnicas e administrativas.*

Estas definições das funções do hospital, elaborados por Silva, apesar de serem atuais, verifica-se que ainda preconiza-se o resultado de estudo elaborado em 1956 pela O.M.S.: citado por Berezovsky¹²:

⇒ **1 – Restauração**

- *diagnóstico: em serviço de ambulatório e de internação;*
- *tratamento das doenças: curativo e paliativo;*
- *reabilitação: física, mental e social;*
- *tratamento de emergência: em acidentes e doenças.*

⇒ **2 - Prevenção**

- *supervisão da gravidez normal e do parto;*
- *supervisão do crescimento normal e do desenvolvimento da criança e do adolescente;*
- *controle das doenças contagiosas;*
- *prevenção das doenças de longa duração;*
- *prevenção da invalidez, física e mental;*
- *educação sanitária;*

¹¹ SILVA, op. cit. p.102

- *saúde ocupacional.*

⇒ **3 - Educação**

- *estudantes de Medicina;*
- *formação, em nível de pós-graduação, de médicos;*
- *enfermeiras;*
- *assistentes sociais;*
- *outras profissões afins.*

⇒ **4 – Pesquisa**

- *aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença;*
- *atividades hospitalares, técnicas e administrativas.*

A primeira e principal função do hospital é, inegavelmente a da prestação de serviço de diagnóstico e tratamento médico. É também pelo cumprimento das demais funções que podemos avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo hospital.

A função de treinamento e desenvolvimento profissional é uma das atribuídas ao hospital, independente do tamanho, tipo, localização ou outros fatores. A população espera que seus membros, quando sob cuidados hospitalares, recebam toda assistência e atenção necessária para a recuperação do doente. Para tanto é necessário que o hospital tenha a preocupação de promover o preparo técnico de seu pessoal, aprimorando-o continuamente.

Outra das funções do hospital, não importando suas características, é a de pesquisa, avaliando seu desempenho quanto ao diagnóstico, tratamento, como uma maneira de concorrer para o desenvolvimento da ciência. A avaliação das causas de óbito hospitalar, levantamento de média de permanência, da incidência de moléstias na população que utiliza o hospital, da influência de vários fatores no desencadeamento e na ocorrência de determinadas doenças, são alguns dos muitos itens que devem ser objeto de estudo constante pelo pessoal do hospital.

O hospital, contribui assim, efetivamente para os estudos que interessam à medicina, à saúde pública e à comunidade, ao pesquisar como ocorre a doença, por que ocorre, quando ocorre e onde ocorre.

As funções de saúde pública são inerentes à própria finalidade do hospital.

¹² BEREZOVSKY, op. cit. p. 10.

Definimos saúde pública aqui de acordo com o citado por Berezovsky¹³: *ciência e arte de promover, proteger e recuperar a saúde da comunidade, através de medidas de alcance coletivo e a partir da motivação da população.*

O hospital oferece excelentes condições para execução de programas de educação em saúde, de forma rotineira, aos pacientes hospitalizados.

A permanência por vezes longa do doente; seu interesse e o de sua família voltados na oportunidade para problemas de saúde; a possibilidade de contar com profissionais diversos, a concentração de recursos e equipamentos, contribuem de forma positiva para a educação e prevenção em saúde.

Verifica-se assim que o hospital, não é mais uma instituição estática, limitada a receber doentes para morrer, mas sim uma instituição dinâmica, cuja ação se estende para além do paciente, à sua família e à sua comunidade, realizando as tarefas básicas de curar, reabilitar, prevenir, educar, pesquisar e ensinar.

1.3 – CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS

Os hospitais, de maneira geral, podem ser classificados sob os aspectos clínicos, jurídicos e pelo número de leitos.

Quanto aos aspectos clínicos podem ser geral ou especializados.

- **Hospital geral:** *é aquele destinado a prestar assistência sanitária a doentes nas quatro especialidades básicas, ou seja: clínica médica, cirúrgica, obstetria e pediátrica.*
- **Hospital especializado:** *hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, em uma especialidade, como por exemplo: hospital de doenças infecto-contagiosas, de ortopedia, de oncologia¹⁴.*

Quanto ao número de leitos, estes se classificam da seguinte forma:

- *Hospital de grande porte: hospital com capacidade instalada de 151 à 500 leitos.*
- *Hospital de médio porte: hospital com capacidade instalada de 51 à 150 leitos.*

¹³ BEREZOVSKY, op. cit. p.13.

¹⁴ Terminologia Básica em Saúde, doc. cit. p.13.

- *Hospital de pequeno porte: hospital com capacidade instalada de até 50 leitos.*
- *Hospital de porte especial: hospital com capacidade instalada acima de 500 leitos.*¹⁵

Quanto aos aspectos jurídicos, os hospitais podem ser classificados em governamentais (federais, estaduais e municipais) e particulares (de pessoa física ou jurídica), podendo ter finalidade lucrativa, filantrópica ou mista

Os hospitais podem ser ainda classificados como:

Hospital beneficente – hospital privado, instituído e mantido por contribuições e doações particulares, destinado à prestação de serviços a seus associados, cujos atos de constituição especificam sua clientela. Não remunera os membros de sua diretoria, aplica integralmente os seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais, e seus bens, no caso de sua extinção, reverts em proveito de outras instituições do mesmo gênero ou do poder público.

Hospital de base – hospital de maior complexidade dentro de uma área definida.

Hospital de corpo clínico aberto – hospital que, apesar de possuir corpo clínico próprio, permite que qualquer outro médico utilize suas instalações para prestar assistência a seus doentes.

Hospital de corpo clínico fechado – hospital que, dispondo de corpo clínico próprio, não permite que qualquer outro médico utilize suas instalações para prestar assistência a seus doentes.

Hospital de ensino - hospital que, além de prestar assistência sanitária à população, desenvolve atividades de capacitação de recursos humanos.

Hospital filantrópico – hospital privado, que reserva para a população carente serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remunera os membros de sua diretoria nem de seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros revertem exclusivamente à manutenção da instituição¹⁶.

¹⁵ Ibid, p.13.

¹⁶ Terminologia Básica em Saúde, doc. cit. p.14.

1.4 - ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Sabendo que, o hospital é uma instituição complexa, com serviços diversificados, com pessoal de profissões diferentes, torna-se necessário que serviços e órgãos com atribuições afins ou interdependentes sejam agrupados e estruturados. É necessário que se organize de forma a haver divisão de trabalho e definição de responsabilidades quanto às tarefas que devem ser executadas.

Berezovsky¹⁷ afirma que um hospital de grande porte pode obedecer à seguinte estrutura:

- *Conselho de Administração, Conselho Diretor, Mesa Administrativa ou Junta*
- *Diretoria ou Superintendência*
- *Divisão Médica*
- *Divisão de Serviços Médicos Auxiliares ou Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento*
- *Divisão Técnica*
- *Divisão Administrativa*

No sentido de facilitar nossa apresentação independente de denominações oficiais ou peculiares de cada hospital, usaremos designações e ordem hierárquica como segue:

1º Divisão

2º Departamento

3º Serviço

4º Seção

5º Setor

1.4.1 Estrutura diretiva

A organização de um hospital depende da sua capacidade, das especialidades clínicas, dos serviços oferecidos e da clientela a ser atendida.

Os hospitais, como qualquer outra instituição normalmente estão estruturados em níveis hierárquicos.

¹⁷ BEREZOVSKY, doc. cit. p.22.

No 1º nível hierárquico encontramos o Diretor Geral do hospital. Podemos também encontrar neste nível, dependendo do porte do hospital, um Conselho Administrativo.

No 2º nível hierárquico encontramos os diretores de área, entre eles destacamos: Diretor Administrativo, Diretor do Corpo Clínico ou Médico, Diretor Técnico, Diretor de Enfermagem, sendo que em algumas estruturas a palavra diretor é substituída por gerente, estes são subordinados ao diretor geral.

No 3º nível hierárquico estão agrupados todas as chefias de serviços, seções e setores, que por sua vez são subordinados aos diretores ou gerentes de áreas.

O conselho de administração, existentes em alguns hospitais é o órgão deliberativo do hospital, aquele que traça sua política de ação e normas de funcionamento administrativo.

A diretoria é órgão executivo, ao qual compete planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades técnicas e administrativas.

1.5 RELAÇÕES INTERDEPARTAMENTAIS

Todas as atividades, num hospital, estão centradas no paciente, até mesmos aqueles serviços que não o atendem diretamente devem promover esforços no sentido de proporcionar o bem estar do doente.

As relações entre os diferentes departamentos ou serviços se processam em razão da assistência médica ao doente. Sendo, assim, serviços interdependentes atuam para um único objetivo, é necessário pois, que se disciplinem e regulamentem as inter-relações destes serviços.

Alguns serviços estão diretamente ligados à assistência médica e outros indiretamente, mas todos devem manter relações entre si.

Berozovsky¹⁸ destaca como serviços diretos:

Os que exercem ação direta junto ao paciente, sendo responsáveis pelo diagnóstico e tratamento, como o Serviço Médico e de Enfermagem, e por certos aspectos a eles ligados, como o Serviço Social, Fisioterapia e outros;

¹⁸ BEROZOVSKY, op. cit. p. 42.

- **Serviços auxiliares:** São os que não trabalham diretamente com o paciente, mas concorrendo para o estabelecimento do diagnóstico ou cooperando no tratamento médico.

Incluem-se, aqui, os que proporcionam os recursos técnicos e administrativos, para que os profissionais responsáveis pelo diagnóstico e tratamento médico possam bem desempenhar suas tarefas.

- **Serviços institucionais:** A atuação destes em relação ao doente é indireta. Estes serviços são os que têm a responsabilidade de propiciar as condições necessárias para o bem-estar e conforto do paciente enquanto hospitalizado e concorrem para sua adaptação ao ambiente hospitalar.

Cita ainda Berezosky¹⁹ que:

Uma boa coordenação das atividades dos diferentes setores do hospital remove problemas e áreas de atrito, na medida em que surgem, e pode, muitas vezes, até prever e evitar a concretização de dificuldades, a coordenação é o esforço ordenado do grupo no sentido de obter unidade de ação com vistas a atingir um objetivo comum.

Para a coordenação e integração entre os serviços é imprescindível podermos contar com uma organização eficiente de cada departamento.

A integração das diversas unidades, cada uma com suas características próprias e finalidades, é imprescindível para que o hospital possa atingir seus objetivos.

Torna-se necessário a definição da missão, metas, regimentos internos, regulamentos, manuais de procedimentos, rotinas e outros instrumentos que contribuam para que essa integração se processe.

As instruções de serviços e documentações dos serviços/unidades devem obedecer às diretrizes e normas gerais do hospital, respeitando as peculiaridades e necessidades dos serviços.

Devem ser elaboradas de maneira a permitir que as relações interdepartamentais se desenvolvam de forma orientada, tranqüila e adequada, para que as atividades a serem desenvolvidas alcancem as metas desejadas. Para tanto faz-se necessário que estas documentações que orientam e disciplinam o funcionamento do hospital sejam elaboradas com a participação dos servidores, pois são estes que executam as diversas atividades do hospital.

¹⁹ Ibid, op. cit. p. 42.

1.6 O DOENTE E A DOENÇA

Ribeiro²⁰ diz que:

- é doente o portador de um mal conhecido que ela classifica. Para o reconhecimento do mal e da condição de portador há exigência do exame e do diagnóstico

médico. É sempre através do médico que a doença passa a existir e o doente é aceito como tal. Quem se sinta doente e não recorra ao médico, não é considerado um doente, posto sem diagnóstico, morre de "causa indeterminada", vale dizer, sem causa e sem doença. Simplesmente morre.

A doença para o doente acontece na sua totalidade orgânica, quando todas as funções estão alteradas. Ser doente é viver uma vida diferente. Apesar da continuidade com a vida anterior, a emergência do patológico tem uma qualidade distinta e está isoladas de órgãos e tecidos. A análise fisiológica das funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções. A patologia, quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas ela só pode saber que é uma patologia - isto é, estudo dos mecanismos da doença - porque recebe da clínica essa noção de doença cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio.

A doença, enquanto objeto da ciência e práticas médicas, foi sendo conhecida e classificada.

Ribeiro²¹ destaca ainda que:

A medicina existe porque há homens que se sentem doentes e não porque existem médicos que os informam de suas doenças.

A medicina hoje intervém precocemente, evitando até que a doença se manifeste, isto se deve ao acúmulo histórico do conhecimento.

A percepção do corpo e a consciência de suas alterações variam, segundo os indivíduos e sua inserção na sociedade, suas culturas, suas crenças seus valores.

Conforme Ribeiro:

²⁰ RIBEIRO, op. cit. p. 44

²¹ Ibid, op. cit. . 46.

As classes e camadas mais privilegiadas costumam cuidar de seus corpos com mais atenção, alertas às manifestações inabituais. As mais pobres acabam aceitando como habituais o que já se constituem sintomas e sinais patológicos. A maior incidência e o tratamento tardio de muitas doenças, como o câncer do colo uterino, estão, reconhecidamente, subordinados à precariedade das condições sociais, à dificuldade de acesso aos serviços médicos e a esse olhar e sentir descuidados em relação ao corpo pelas classes e camadas mais desfavorecidas.²²

No dizer de Ribeiro²³:

O doente do hospital padece de um mal diagnosticado como orgânico, que tornou indispensável sua internação. Ele é internado para ser tratado ou tecnicamente cuidado para morrer.

... O processo de submissão do doente do hospital é mais amplo, mais profundo e sem escolha. Ele é um doente assumido, por si e por todos, que carece de uma intervenção médica, tão sistematizada quanto sua doença; doença que se externalizou não apenas na subjetividade de suas queixas mas na objetividade dos outros elementos diagnósticos que o médico toca, vê e interpreta. É como se as tecnologias prolongassem suas mãos, seu olhar e seu conhecimento sobre o corpo doente, permitindo-lhe diagnósticos de certeza ou quase. São tão pouco freqüentes ou citados os erros diagnósticos, tão meticulosas as práticas médicas hospitalares, tão poderosos e forte esses mitos, que a submissão do doente é total.

O doente internado é, em síntese, o doente, aquele sobre o qual a ciência médica exacerba o seu positivismo e pode afirmar as anormalidades do seu corpo. Sua patologia reconhecida e classificada precisa ser tratada.

O doente ao internar perde tudo, sua vontade é aplastada, seus desejos coibidos, sua intimidade invadida, seu trabalho proscrito, seu mundo de relações rompido. Ele deixa de ser sujeito. É apenas objeto da prática médico-hospitalar, é suspensa sua individualidade, transformado em mais um caso a ser tratado.

Ao ser admitido no hospital, o doente sente-se como pessoa que deixou de ser capaz de assumir plena responsabilidade por suas decisões e ações, para se sujeitar às contingências impostas por sua doença, pelo regulamento do Hospital e pelo tipo de tratamento a receber. Submete-se às normas e rotinas estabelecidas, deve obedecer ordens e decisões quanto à alimentação, banho, tipo de roupa horário para se alimentar, dormir, receber visitas, todas as horas do seu dia são controladas pela equipe de tratamento médico.

²² *Ibidi.*, op. cit. p.48.

²³ *Ibidii*, op. cit. p.. 49 at50

Equipe essa que manipula seu corpo, com direito de acesso às suas partes íntimas por exigência de um tratamento, que na maioria das vezes ele desconhece.

O indivíduo, ao ser internado pela primeira vez, desconhece os padrões de comportamento que deve seguir, por não ter pontos de referência que o orientem. É forçado a viver de forma diferente da que está habituado e diversa da que prevalece em seu meio ambiente²⁴.

A unidade de internação: o Ministério da Saúde, define como unidade de internação ao conjunto de elementos destinados à acomodação do paciente internado, e que englobam facilidades adequadas à prestação de cuidados necessários a um bom atendimento.

Unidade do cliente: entendemos por unidade do cliente, o quarto onde ele é acomodado durante à sua hospitalização. Para que o paciente tenha conforto e segurança durante seu período de hospitalização, é necessário que o quarto esteja equipado adequadamente, ser provido de iluminação natural e artificial, ventilação, fonte de oxigênio, sanitário, móveis e utensílios e outros equipamentos necessários a sua recuperação.

Prontuário do cliente: O prontuário do cliente é um conjunto de impressos onde são feitas anotações sobre o cliente durante a sua passagem pelo hospital (ambulatório, emergência, unidade de internação). É um documento importante, de propriedade do hospital que prestou os serviços ao cliente, e deve ser preenchido corretamente por todos os profissionais da equipe de saúde e administração ²⁵.

O preenchimento correto e completo do prontuário do paciente é de fundamental importância para o próprio paciente, para sua família, quanto para o Hospital, além de ser uma exigência do sistema único de saúde.

Para o Hospital o preenchimento do prontuário do paciente é de fundamental importância porque este além de constituir um documento que pode ser utilizado para fins legais, para elaboração de trabalhos e pesquisas, é através dele que se contabiliza as contas hospitalares.

É no prontuário que se registra todos os dados de evolução da doença, diagnóstico e tratamento realizado, pode o paciente e família utilizá-lo para questões éticas e legais, como também para dar continuidade ao tratamento pós alta hospitalar.

²⁴ BEREZOVSKY, op. cit. p.8.

²⁵ SILVA, op. cit. p. 106.

Os registros nos prontuários devem ser feitos por todos os profissionais que atuam diretamente com o paciente, anotando de forma objetiva, clara e precisa, fazendo constar após o registro da evolução a assinatura e o número de inscrição do respectivo conselho.

CAPITULO II

2. SERVIÇO SOCIAL

Baseado em estudo elaborado por Oliveira²⁶: apresentamos a seguir um breve histórico do serviço social enquanto profissão.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Pode-se afirmar que o Serviço Social, em sua gênese, preocupou-se em denunciar os males sociais e dar um caráter científico e racional à prestação da assistência social. É, portanto, impossível entendê-lo em seu caráter atual, sem inseri-lo no contexto em que a caridade cristã e a questão social se desenvolveram no mundo e, em particular, no Brasil.

Somente a partir do Cristianismo é que a caridade, enquanto forma de ajuda, revestiu-se de sentido e valor.

Passa, então, a Igreja a liderar não apenas o setor religioso, mas também o setor social, desenvolvendo, nos mosteiros, ordens e congregações, atividades assistenciais destinadas aos pobres, enfermos, órfãos e viúvas, cumprindo, dessa forma, sua missão cristã.

Durante toda a Idade Média, seguiu a Igreja administrando as obras de caridade.

Começaram a surgir instituições especializadas como hospitais, leprosários, orfanatos e escolas e, nos séculos XIII e XIV, congregações religiosas, especialmente dedicadas à assistência social, através de auxílios materiais, visitas domiciliares e assistência hospitalar.

Neste período, o Estado não se preocupava com os pobres, pois deles cuidava a Igreja. Limitava-se aquele à defesa do território e à manutenção da ordem interna, auxiliando, por vezes, pecuniariamente, as obras de caridade.

²⁶ OLIVEIRA, op. cit. p. 115 at 208

A afirmação do sistema capitalista alterou, as relações Estado-sociedade civil, configurando novas formas de intervenção no campo assistencial.

O Estado, embora ainda interessado nas formas privadas de assistência social, prestadas tanto por companhias religiosas como pela caridade leiga, também passou a intervir nesse campo, como forma de legitimar-se no poder.

Surgiram, então as primeiras intervenções do Estado no domínio social, mas revestidas de um caráter assistencialista e repressivo. O Estado passou a se preocupar com o bem-estar do povo, que, descontente diante do agravamento de sua situação de miséria, ameaçava a ordem estabelecida.

Em decorrência desse desenvolvimento, a concepção de pobreza sofreu alteração e começou a ser vista como um fenômeno social e não mais como uma provação. Cabia à sociedade, portanto, ajudar os pobres através de uma nova concepção de caridade: a filantropia, ou seja, a caridade secularizada, separada da idéia religiosa. Ajudar o outro não seria um ato de caridade, mas um dever natural de solidariedade.

Foi a Inglaterra o primeiro país a organizar a assistência social de modo sistemático. Desde o início do século XVII, uma série de "leis para os pobres", regulamentou esta assistência, proibindo a mendicância e determinando que cada município cuidasse de seus pobres.

A Revolução Francesa é um marco na ampliação dessas conquistas. Deflagrada na França, em 1789, começou com uma afirmativa das liberdades individuais e da soberania popular, mas acabou com um governo absolutista e um nacionalismo expansionista que mudou o mapa da Europa.

Em conseqüência, se até a Revolução Francesa, a assistência era ocasional, sendo as instituições caritativas privadas e religiosas e as autoridades laicas incapazes de lidar com a pobreza de forma efetiva, passa a predominar a partir da Revolução a opinião de que o auxílio aos necessitados era uma obrigação da sociedade a ser cumprido pelo Estado. Representando os pobres grande parte da população viu-se o Estado frente à responsabilidade de tratar os problemas decorrentes das más condições de trabalho a que os homens se submetiam para sustentar-se e à sua família. Grande parte da população necessitava de comida, emprego, atenção médica e abrigo. A miséria e a superpopulação desenvolviam-se principalmente nos pontos em que se concentravam o comércio e a indústria, como conseqüência lógica do crescimento da economia livre e do lucro para a sociedade burguesa.

Em fins do século XVIII, os problemas decorrentes do início da Revolução Industrial aumentaram significativamente e criaram-se novas leis:

Pessoas capazes de trabalhar e suas famílias não deveriam receber assistência a não ser em Casas de Trabalho. Manteve-se, assim, o princípio e o sistema de auxílio aos sem trabalho, mas alteraram-se as condições em que este deveria ser oferecido. Deste modo, todos os requerentes de auxílio público seriam obrigados a ingressar nas Casas de Trabalho. Essas casas eram denominadas de "Bastilha" pelos homens pobres e configuravam uma verdadeira prisão. Seus altos muros e a disciplina carcerária previam, entre outros aspectos, a separação dos membros da família, trabalho pesado para os homens, refeições magras e em silêncio, a proibição de fumar, as visitas raras e pouco conforto.

O Estado, no final do século XIX, começou a ver, nas concessões substanciais ao operário, uma forma de garantir a reprodução da força de trabalho e sua hegemonia em uma sociedade que vivia em plena Revolução Industrial.

Mas é na Inglaterra que a iniciativa privada se destaca, através da criação das "Charities Organization Society", em 1869, com o objetivo de coordenar o trabalho das obras particulares. Esta organização não era religiosa, mas também não era anti-religiosa: aproveitava todas as boas vontades, onde quer que estivessem, com o objetivo de prevenir os conflitos entre as classes sociais. Originalmente dirigidas por senhoras inglesas, essa instituição teve ampla aceitação por toda a Europa, ampliando-se, em seguida, para os Estados Unidos da América.

Nos Estados Unidos foi criada uma similar da "Charities Organization Society" que deu origem, em 1898, à Escola de Filantropia em Nova York, destinada a formar profissionais habilitados a identificar as questões sociais, diagnosticá-las e abordá-las tecnicamente. Surgiu, dessa forma, o Serviço Social, nova estratégia no tratamento da problemática social. Rapidamente essa estratégia ampliou-se por diversos países, onde, aos poucos, foi sendo encampada pelo Estado, que nela encontrou um aliado para reiterar seus mecanismos de legitimação e poder.

Pode-se citar ainda como marco significativo de fins do século XIX, no que diz respeito à assistência social, a promulgação da primeira encíclica social, a "Rerum Novarum", em 1891, pelo Papa Leão XIII. Tal documento, verdadeiro tratado de justiça social, denunciou as conseqüências do capitalismo liberal: populações miseráveis vivendo em subúrbios sórdidos, condições desumanas de trabalho, salários de fome, carência absoluta de recursos assistenciais, enfim, a grave situação vigente.

Sua maior contribuição, contudo, deu-se no sentido de restaurar o prestígio religioso da Igreja, abalado pela Reforma religiosa, pela filosofia moderna, pela Revolução Francesa, pela Revolução Industrial e pela ciência.

Em 1898, foi fundada a primeira Escola de Serviço Social (a Escola de Filantropia Aplicada), na Inglaterra.

Num questionamento das tradicionais atitudes de repressão ou de caridade, na promoção de uma solicitude sem fronteiras, o Serviço Social, ao lado de outras profissões que surgiram no final do século XIX, como orientadores e educadores especializados, buscou, em suas origens, mais a compreensão do que a sanção judiciária, através da substituição da consciência da caridade, pela busca de técnicas eficazes.

Mary Richmond, considerada em diversos estudos históricos do Serviço Social como pioneira da profissão, ao lado de um grupo de pessoas vinculadas à Sociedade de Organização de Caridade de Nova York, entendia que somente pela reforma social seria possível superar os problemas gerados pela industrialização.

Mary repudiava o papel da "trabalhadora social", reduzido a investigar a verdade da miséria tendo em vista apenas os aspectos econômicos de uma determinada situação e propunha que o indivíduo fosse estudado em seu ambiente social (família, escola, amigos), com vistas à reconstrução social das relações sociais. O atendimento a este deveria ser individualizado, para que se prestasse ao mesmo uma assistência mais técnica e sistemática.

Sob influência das idéias positivistas de Augusto Comte, que dominavam o ambiente científico de sua época, Richmond estabeleceu uma proposta científica para o Serviço Social fundada na investigação e voltada à obtenção de ampla informação acerca da pessoa e de sua problemática social (diagnóstico), para em seguida planejar uma modificação de comportamentos (tratamento).

O Serviço Social diferenciava-se da assistência social, caridade ou filantropia, devendo a ajuda material aos necessitados caracterizar-se como parte do ofício, e não como o próprio ofício. A assistência social poderia ser praticada pelas trabalhadoras sociais, mas a base do tratamento social dos casos individuais estaria nos princípios do Serviço Social que, aplicados através de uma ação reflexiva levariam ao desenvolvimento da personalidade dos clientes.

Em síntese, pode-se afirmar que o Serviço Social surgiu, como profissão, com o objetivo de atenuar os efeitos das contradições criadas pela consolidação do sistema capitalista mundial em fins do século XIX e início do século XX.

O assistente social, profissional da assistência, tornou-se figura chave na prestação de serviços sociais aos necessitados. Contrapondo-se às ações apostolares voluntárias, este profissional procurou diferenciar o Serviço Social da caridade tradicional, encarada como

mera reprodutora da pobreza, propondo uma ação educativa junto à família trabalhadora, numa linha de prevenção dos problemas sociais.

No Brasil, o Serviço Social emergiu a partir da iniciativa da Igreja Católica que, frente às tensões geradas pelas lutas operárias, preocupou-se em desenvolver uma ação missionária e evangelizadora junto à sociedade.

Na evolução histórica do Serviço Social no Brasil, distingue-se quatro fases: a primeira fase, que compreendeu o período de 1930 a 1945 e foi caracterizada pela influência européia, idealista e confessional; a Segunda fase, de 1945 a 1958, que coincidiu com o avanço da tecnologia moderna e sofreu influência norte-americana com ênfase na questão metodológica; a terceira fase, de 1958 a 1965, que vivenciou ainda a influência norte-americana na perspectiva da contribuição do Serviço Social para o processo social do desenvolvimento; e, a Quarta fase, que teve início em torno de 1965, e que, estende-se até os dias de hoje. Essa fase caracteriza-se pelos movimentos de reconceituação, que buscam para a profissão um referencial teórico-prático coerente com a realidade brasileira.

Pode-se afirmar, em princípio, que a década de 30, no Brasil, é ponto de referência importante e inevitável para que se possa compreender o surgimento do Serviço Social neste país. Isto porque, se até 1930, a questão social foi considerada como "caso de polícia", sendo tratada no âmbito dos aparelhos repressivos do Estado, após 1930, passou a ser reconhecida como legítima, transformando-se numa questão política a exigir soluções mais sofisticadas. A economia brasileira, até então caracterizada como agroexportadora, passou a afirmar-se como urbano-industrial, trazendo em seu bojo um conjunto de implicações nos planos político e social.

O operariado nascente tornou-se motivo de preocupação política, requerendo do Estado medidas de assistência social e proteção ao trabalho. Tais medidas tinham como objetivo a eliminação de situações de conflito e a antecipação no atendimento a reivindicações das camadas populares, visando, em última análise, não prejudicar o equilíbrio interno da classe dominante.

A política social formulada pelo Estado tomou forma, principalmente, através de legislação trabalhista, sindical, previdenciária e assistencial.

A preocupação com a situação da classe operária foi alvo também de outras instituições, destacando-se dentre elas a Igreja Católica. Esta criou, em 1932, o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), destinado a mobilizar católicos leigos para difundir o seu pensamento na luta contra a desigualdade social.

O CEAS foi um dos promotores da implantação e organização dos Movimentos de Ação Católica, cuja influência foi decisiva na introdução do Serviço Social no Brasil.

O Centro de Estudos era uma instituição de caráter novo entre nós, pois pela primeira vez em São Paulo e no Brasil surgia uma instituição feminina cujo objetivo era a promoção de estudos sociais com o fim de preparar pessoas habilitadas para a execução de atividades no terreno da ação social.

O CEAS iniciou seus cursos e atividades, tendo como perspectiva a criação de uma Escola de Serviço Social no Brasil, o que veio a ocorrer em 15 de fevereiro de 1936, com a inauguração da Escola de Serviço Social de São Paulo.

Sob influência dos programas e métodos de ensino das escolas de Serviço Social européias, e apoiado na doutrina social da Igreja, o Serviço Social no Brasil tem início visando formar a personalidade das assistentes sociais não só tecnicamente, mas também moralmente, desenvolvendo-lhes as qualidades de amor ao próximo, capacidade de dedicação desinteresse pessoal e senso prático na ação.

O Serviço Social não visa outra coisa. Ele compreende o estudo dos males coletivos para, com base no conhecimento de sua determinação, congregar esforços no sentido de adaptar e pôr em funcionamento os órgãos que os possam minorar ou mesmo eliminá-los, desde os pontos de origem. Na essência, o seu espírito é o da fraternidade entre os homens. Mas, em sua forma, reclama a inteligência ao serviço do sentimento; quer a caridade iluminada pela verdade. Do ponto de vista das modernas tendências do Estado, interessa aos fins de governo. É um fator de equilíbrio e concórdia social, para não dizer já uma condição de democracia.

Citado por Oliveira, Pinheiro, por outro lado, *afirmava ser o Serviço Social o controlador dos desequilíbrios, por exercer sua ação junto à necessidade social, visando reconduzir os desajustados à vida normal. Nesse sentido, mais que os melhoramentos materiais, era preciso educar a nossa gente e fazê-la entender que a luta pela vida é natural e dentro dela se pode, relativamente, ser feliz*²⁷.

Concebeu-se, dessa forma, o Serviço Social como a superação da assistência, prática negada por consistir na mera concessão de auxílios materiais e financeiros, e por ser prestada de forma voluntária pela sociedade. A fome, a doença, a miséria, o abandono eram encarados como consequência da ignorância e da apatia. Por isso, em vez de esmola, os necessitados precisariam de orientação e conselhos, para saírem de sua condição de pobreza e miserabilidade e tornarem-se úteis e integrados à sociedade.

A implantação do Serviço Social no Brasil não se baseou em medidas coercitivas emanadas do Estado, mas partiu da iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestaram por intermédio da Igreja Católica.

²⁷ Ibid, op. cit. p.148.

Para o Estado, a assistência social constituía-se numa das formas de enfrentamento da questão social, caberia ao profissional de Serviço Social atuar no seu aparato institucional, no sentido de integrar à sociedade a população trabalhadora "assistida". Como "fiscalizador da pobreza".

A incorporação do Serviço Social pelo Estado não alterou, contudo, o perfil da profissão, cuja prática vinculada ao benevolato e ao apostolado continuou a impregnar as concepções de ajuda presentes na profissão.

A assistência era considerada como mera ajuda material ou financeira, prestada aos necessitados de forma paliativa e clientelista. Tais atividades, que não conferiam ao assistente social o status necessário à sua afirmação no quadro institucional, foram negadas pelo assistente social e substituídas pelas atividades de promoção social, na perspectiva de desenvolvimento e bem-estar social.

A questão do desenvolvimento, que passou a ter grande significação, principalmente a partir do surgimento da Organização das Nações Unidas - ONU - em 1945, encontrou sua expressão máxima, no Brasil, no governo de Juscelino Kubitschek. Foi a partir desse período de governo, que o Serviço Social assumiu mais claramente a postura desenvolvimentista. Nesse período o Serviço Social continuou orientando suas ações baseado no modelo norte-americano, mas empregando seus métodos e técnicas com vistas a superar o subdesenvolvimento gerador de miséria e subversão. Para tanto, aliado ao projeto de governo, o Serviço Social expandiu-se significativamente através do método de trabalho com comunidades.

Em 1959, o Serviço Social foi definido como uma atividade organizada com o objetivo de contribuir para a adaptação recíproca dos indivíduos e do seu meio social. As necessidades seriam satisfeitas, e os problemas de adaptação a uma sociedade em mudança seriam resolvidos, através da utilização de técnicas e métodos eficazes, bem como, através de um trabalho cooperativo destinado a melhorar as condições econômicas e sociais da população.

O profissional de Serviço Social preocupou-se, portanto, em colocar sua capacidade a serviço do desenvolvimento nacional. A perspectiva de promoção social orientou suas ações no sentido de mudar hábitos, atitudes e comportamentos da população, com vistas a sua adequação aos novos ritmos do desenvolvimento.

A rejeição ao modelo de Serviço Social norte-americano e à tentativa de adequar a profissão à problemática dos países latino americano deu início ao chamado "Movimento de Reconceituação do Serviço Social". Esse movimento caracterizou-se pela busca de modelos metodológicos coerentes com a realidade nacional e pela preocupação de pensar a profissão a partir de seus elementos constitutivos internos.

O movimento de reconceituação, segundo Marangoni: citado por Oliveira²⁸.

É um esforço de mudança dos pressupostos filosóficos, da metodologia e da práxis profissional, em busca de adequação deles às exigências da realidade política, econômica, sócio-cultural dos povos latino-americanos, aos novos aportes das ciências sociais e aos valores que as novas gerações transmitem a um mundo que vive em acelerado processo de transformação. É um questionamento de toda práxis profissional com vistas a uma proposta de trabalho dentro da realidade em que se atua, vista e analisada dialeticamente.

A reconceituação caracteriza a Quarta fase na história do Serviço Social, iniciou em torno de 1965 e teve como marco o I Seminário Regional Latino Americano de Serviço Social realizado em Porto Alegre, nesse mesmo ano. O Seminário, cujo tema foi o "Serviço Social face às mudanças sociais na América Latina", ressaltou a importância de o Serviço Social inserir-se no processo de desenvolvimento a partir da realidade latino-americana.

Algumas conclusões desse seminário, dentre as quais se podem destacar:

- a necessária participação do Serviço Social nas equipes governamentais de planejamento econômico e de bem-estar social; e,
- a ênfase aos princípios do Serviço Social e suas técnicas, considerados universais, mas cuja aplicação prática exigiria habilidade e adequação às situações, o que precisaria ser mais desenvolvido no Serviço Social latino-americano.

Igualmente, o "1º Seminário de Teorização do Serviço Social", realizado em Araxá, no ano de 1967, denunciou os modelos e programas importados, procurando valorizar a cultura nacional. Mas, ao engajar-se à ideologia desenvolvimentista, continuou legitimando o projeto governamental.

Como afirma o documento de Araxá²⁹:

... o Serviço Social promove quando atua para habilitar indivíduos, grupos, comunidades e populações, fazendo-os atingir a plena realização de suas potencialidades. Sob este prisma, a ação do Serviço Social interesse no processo de desenvolvimento, tomado este em sentido lato, isto é, aquele que leva à plena utilização dos recursos naturais e humanos, e, conseqüentemente, a uma realização integral do homem

Mais uma vez, foi afirmada a dicotomia entre assistência e promoção social. A assistência deveria ser "racionalizada", por seu caráter imediatista responsável pela

²⁸ Ibidi, op cit. p. 158.

²⁹ Documento de Araxá, doc. cit, p.13.

formação de uma imagem e de uma expectativa do Serviço Social como atividade de prestação de serviços assistenciais.

O "2º Seminário de Teorização do Serviço Social", realizado em Teresópolis, em 1970, concentrou-se numa discussão interna dos elementos técnicos e metodológicos da profissão, não elaborando uma análise crítica e global da realidade nacional e latino-americana.

Nesse primeiro momento de reconceituação, portanto, o Serviço Social se atualizou, se modernizou, aperfeiçoando seu instrumental técnico e metodológico, mas não interveio objetivamente na eliminação das situações de carência de sua clientela. Frente a essas situações de carência, assumiu uma postura assistencialista, apesar do rigor técnico e científico que buscava.

Estreitando seu compromisso com o projeto social do governo, o assistente social operacionalizou políticas sociais paternalistas, colaborando com este governo na eliminação dos obstáculos do crescimento econômico.

Ao mesmo tempo, o assistente social reivindicou sua participação no planejamento governamental, reduzindo o sujeito a um "agente de mudança" das circunstâncias possíveis e passíveis dos recursos previstos pelo Estado.

Chamaram essa corrente de pensamento do Serviço Social de "modernizadora" por seu caráter fragmentário e debilidade teórica e por sua falta de respostas substanciais às mudanças ocorridas na realidade latino-americana.

A expansão das ciências sociais, veiculando conhecimentos e informações, contribui para melhor compreensão da situação econômica, social e política dos países latino-americanos, na sua condição de economias dependentes. Destacam-se, neste sentido, as contribuições do pensamento marxista, que, partindo do estudo dialético do homem como ser histórico no mundo, influenciaram significativamente as construções teórico-metodológicas do Serviço Social.

Os pressupostos teóricos do Movimento de Reconceituação, elaborados a partir de 1965, começaram a ser recuperados, caracterizando uma outra vertente de pensamento e ação, identificada por Paulo Netto com "crítica" por seu forte caráter questionador. Em seu primeiro momento, essa vertente denunciou e negou o passado, identificando os objetivos profissionais com aqueles das vanguardas políticas e populares, e posicionou-se literalmente contrária ao "status quo", negando, em conseqüência, o trabalho profissional no meio institucional.

Como palavra de ordem surgiu a expressão "*prática-transformadora*"³⁰, concebida isolada das estruturas.

A Reconceituação engendrou duas correntes de pensamento: uma que buscou modernizar-se frente ao sistema, e outra que redimensionou mais radicalmente o trabalho social, ao buscar superar a visão da prática tripartida - caso, grupo, comunidade - típica do modelo norte-americano, a reconceituação acrescentou uma nova questão:

... a de superar as compartimentações entre assistência/promoção/transformação em meados dos anos 80, as posições teóricas propostas por Antônio Gramsci, mostrando que as instituições são dinâmicas e que a reprodução das relações sociais se dá de acordo com as correlações de forças, influenciaram os assistentes sociais mais críticos a reverem seu posicionamento. Desde então, um estudo mais sistemático das categorias marxistas vem se processando no seio da categoria profissional. Esta, de forma mais madura, começa a reelaborar sua crítica à situação política, social e econômica por que passa atualmente o país e propõe alternativas que possam, de fato, contribuir para a ampliação da conquista da cidadania pela população.

Nessa direção, a assistência, forma de prática concreta do Serviço Social, começa a ser repensada enquanto instrumento capaz de contribuir para que a população tenha acesso real e efetivo aos bens e serviços da sociedade.

O assistente social, profissional da assistência, negou essa esfera de atuação como sendo de sua competência e dedicou-se à formulação de técnicas e procedimentos que pudessem romper com o caráter voluntário e filantrópico presente nas práticas assistenciais, elaborando, a respeito, apenas alguns conceitos para caracterizar sua compreensão da questão.

Ao fazê-lo, o assistente social delimitou claramente o perfil de sua intervenção, qual seja, o de superar a mera concessão de auxílios destinados a atender situações de emergência social, a partir de uma perspectiva de promoção social.

Assistência, do latim : "adsistentia"³¹, significa ato ou efeito de assistir, proteção, amparo, auxílio, ajuda.

Conforme consta no mesmo dicionário, *assistência social, por sua vez, implica os serviços gratuitos, de naturezas diversas, que o Estado presta aos membros da comunidade social, atendendo às necessidades públicas*³².

³⁰ FALEIROS, op. cit. p.93.

³¹ HOLANDA, op. cit. p. 149.

³² Ibid, p. 149

Já assistência social, refere-se ao conjunto de atividades governamentais ou particulares que têm por finalidade prestar ajuda a indivíduos ou grupos necessitados social e economicamente, de modo transitório ou permanente, e que não tenham proteção da previdência social. Acrescenta o autor que a assistência social tem-se constituído no intento de superar a simples ação empírica, por uma ação fundada em conhecimentos científicos e em métodos de ação denominados caso, grupo e comunidade.

- sentido tradicional da assistência social:

Concessão de auxílios materiais e financeiros e prestação de serviços. Executada de forma empírica, por pessoas ou organizações, com recursos próprios ou fundos resultantes de doações, visava às camadas mais pobres da população em suas necessidades primárias.

- Sentido atual da assistência social:

Assistência contínua, apoiada na provisão de bens ou concessão de auxílios financeiros, conjugada com a prestação de serviços conceituados como sociais.

Contudo, sofreu modificações que se expressam em:

- organização, coordenação e controle, através da adoção de modernos procedimentos administrativos;
- sistematização de modernos procedimentos administrativos através da utilização de técnicas profissionais;
- no tocante ao custeio, com a introdução da responsabilidade pública.

A constituição brasileira, promulgada em 05/10/1988, em seu Art. 203, confirma essa assertiva, ao explicitar que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social. Neste sentido, *são objetivos da assistência social a proteção e o amparo à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; a promoção da integração ao mercado de trabalho, além da promoção e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a garantia de um salário mínimo de benefício mensal aos deficientes ou idosos que comprovem incapacidade de prover sua própria manutenção.*³³

³³ BRASIL, op. cit. p. 208

CAPITULO III

3. SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE HOSPITALAR

O Conselho Regional de Serviço Social afirma que:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O assistente social como profissional de Saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação da saúde. O assistente social é, pois, um profissional de saúde que vem corroborar a posição que emerge da categoria – fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão -, buscando a garantia da qualidade na prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira³⁴.

A unidade ou departamento de serviço social do hospital, geralmente está subordinada a Gerência Técnica.

De acordo com Berezovsky³⁵ o serviço social tem a seguinte finalidade:

- *proporcionar aos pacientes matriculados no hospital tratamento psicossocial utilizando métodos e técnicas do Serviço Social (visando a possibilitar-lhes seguir o tratamento médico);*
- *planejar, executar e coordenar programas relacionados aos problemas médico-sociais, cooperando com o hospital no cumprimento dos seus objetivos para com o paciente a comunidade;*
- *participar do desenvolvimento de programas sociais e de saúde da comunidade;*
- *desenvolver programas de educação em serviço;*
- *participar de pesquisas médico-sociais;*
- *realizar pesquisas de interesse do Serviço Social.*

³⁴ Conselho Regional de Serviço Social, doc. cit. p.15.

³⁵ BEREZOVSKY, op. cit. p.52.

3.1 – SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

O Hospital Governador Celso Ramos é um hospital geral de grande porte, inserido na comunidade catarinense desde novembro de 1966, presta atendimento hospitalar, através de 24 clínicas especializadas, à toda comunidade catarinense, bem como, aos pacientes oriundos de outros Estados da Federação.

Está localizado no Centro de Florianópolis, pertence à secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

A assistência médico-hospitalar se efetua através de consultas ambulatoriais, internações, cirurgias e atendimento de emergência, sendo o HGCR referência no atendimento de pacientes politraumatizados.

O Hospital Governador Celso Ramos tem como missão prestar assistência de excelência e referência a população e atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo todo conhecimento e tecnologia apropriados no âmbito de saúde.

De acordo com a sua missão o Hospital Governador Celso Ramos, deixou de ser simplesmente o lugar onde se abrigavam pessoas doentes, passando a ser um espaço concentrado de recursos tecnológicos e humanos especializados, com o objetivo de prestar assistência médica integral à população.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS, todo cidadão brasileiro passou a ter direito à saúde, conforme prerrogativas constitucionais, devendo o sistema obedecer aos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde, da integralidade e igualdade de assistência à saúde, observando a competência de cada esfera de governo.

Verifica-se, porém, a partir da implantação do SUS, uma universalidade "perversa", devido a ineficiência na utilização de recursos e insuficiência dos mesmos, destinados à saúde.

Castelar³⁶ destaca que: *Uma parte considerável dos setores assalariados, afugentados pela má qualidade dos serviços públicos, buscou, aderir às diferentes formas de assistência médica através da chamada medicina supletiva; enquanto que as camadas mais desposuídas permanecem com acesso universal; é fato, mas a cuidados de baixa qualidade e com enormes dificuldades para a realização de procedimentos e tratamentos mais complexos.*

Afirma ainda o referido autor que: *Hoje o Hospital é, na maior parte das situações a verdadeira porta de entrada do Sistema de Saúde. A realização de um exame,*

³⁶ CASTELAR, op. cit. p.77.

*a consulta de um especialista, a atenção às pequenas e médias urgências significam para a maior parte das pessoas procurar um hospital*³⁷.

Contemplando esta realidade do SUS e considerando que a grande maioria dos usuários do hospital são atendidos por este sistema de saúde, o serviço social, enfrenta no seu cotidiano, uma demanda significativa de necessidades, oriundas da precária condição sócio-econômica e cultural dos pacientes e seus familiares.

Desta forma, a prática do Serviço Social se constrói, a partir destas situações, em que o mesmo defronta-se com a falta de políticas públicas, que oportunizem condições concretas de atendimento a esta parcela da população, que inevitavelmente forma o perfil dos nossos usuários, caracterizando uma relação contínua destes com o Serviço Social.

Neste sentido, reportamo-nos a reflexão de Pedro Demo, aponta que o atendimento das questões sociais, como um espaço de participação e democracia, e que seja um processo de mediação o despertar de uma nova consciência de cidadania.

Quando nos propomos, então, a representar a mediação do Serviço Social, no contexto hospitalar, nos propusemos a promover uma reflexão, que aponte, teórica e metodologicamente, a edificação desta prática à partir dos princípios elencados acima, no sentido de perceber a atuação do Serviço Social como oportunizador de transformação de aspectos concretos das problemáticas atendidas pelo mesmo.

Conforme Regimento Interno do Serviço Social do Hospital Governador Celso Ramos³⁸ tem como objetivo básico, *estudar, diagnosticar e tratar o homem com seus problemas decorrentes de suas rápidas mudanças comportamentais e sociais, proporcionando sua promoção e o seu desenvolvimento.*

É o órgão encarregado da coordenação das atividades relativas a assistência complementar aos pacientes e aos familiares em regime de internação e ambulatorial.

Entre as diversas atribuições do Serviço Social destacamos as seguintes:

- . *Coordena, prevê e organiza pessoal e material necessários as suas atividades específicas;*
- . *Congrega esforços com os demais profissionais, num processo de ação integrada, a fim de atender as necessidades biopsicossociais dos pacientes e familiares;*
- . *Elabora, coordena, executa, avalia, supervisiona planos, programas, projetos de assistência social, bem-estar social, serviços sociais e outros;*

³⁷ Ibid, op. cit. p.73.

³⁸ Regimento Interno do Serviço Social do H.G.C.R, doc. cit. p. 3 et4.

- . *Planeja, executa, avalia pesquisas que possam contribuir a análise da realidade biopsicossocial e ao encaminhamento de questões que emergem da prática do Serviço Social junto à comunidade hospitalar;*
- . *Treina, avalia e supervisiona diretamente estagiários de Serviço Social, Assistente Social e/ou outros;*
- . *Contribui na educação da população atendida, seja social ou sanitária;*
- . *Proporciona desenvolvimento técnico-profissional ao seu pessoal;*
- . *Contribui para maior rotatividade do leito hospitalar, removendo possíveis bloqueios que possam retardar a efetivação da alta, tomando providência junto a família e/ou comunidade;*
- . *Atua na remoção dos problemas psicossociais dos pacientes e que interferem no tratamento médico, com a participação de seus familiares;*
- . *Identifica e trata os problemas psicossociais que interferem na recuperação do paciente e que o impeçam de se utilizar ao máximo dos recursos disponíveis;*
- . *Atua para motivar a integração e participação da equipe inter-profissional no processo de reabilitação do paciente;*
- . *Estimula o desenvolvimento da integração funcional do servidor;*
- . *Define uma sistemática de trabalho padronizada tecnicamente elaborada;*
- . *Participa e colabora na administração hospitalar;*

São tarefas típicas do Assistente Social conforme regimento interno³⁹

- . *Observa e executa a sistemática de trabalho planejada para o serviço;*
- . *Entrevista pacientes e familiares em busca de alternativas de solução para as dificuldades decorrentes da doença;*
- . *Participa da equipe inter-profissional de tratamento do paciente;*
- . *Discute com o paciente e família as implicações biopsicossociais do diagnóstico e prognóstico médico e a programação de alta;*
- . *Orienta o paciente e família quanto a rotina hospitalar, previdência social e convênios;*
- . *Realiza visita domiciliar programada;*
- . *Realiza encaminhamento de paciente a recursos médicos e sociais da comunidade;*
- . *Orienta a família nos casos de transferência para hospitais especializados;*

³⁹ Regimento Interno do Serviço Social do H.G.C.R, doc. cit. p.15

- . *Mantém atualizado o mapa de recursos do campo da saúde, do bem-estar social e outras organizações da comunidade;*
- . *Motiva, coordena e supervisiona a participação de voluntários da comunidade no auxílio a pacientes carentes;*
- . *Interpreta às pessoas responsáveis os problemas identificados na comunidade, para estudo e solução adequadas;*
- . *Colabora em programas de ensino de interesse do hospital e do Serviço Social;*
- . *Faz estatísticas periódicas do trabalho e mantém, registros da documentação atualizada;*
- . *Investiga os aspectos biopsicossociais da relação equipe de saúde X pacientes;*
- . *Procede ao diagnóstico biopsicossocial e econômico;*
- . *Estabelece e realiza o plano de intervenção biopsicossocial e econômico;*
- . *Motiva o paciente e sua família para o melhor aproveitamento possível do tratamento e utilização dos recursos internos do hospital;*
- . *Procede ao necessário entrosamento com as obras sociais, instituições e grupos da comunidade, para estabelecer formas de sua utilização;*
- . *Mantém entrosamento com instituições do campo da saúde e do bem-estar social e outras organizações da comunidade, visando a articulação de esforços no tratamento;*
- . *Participa de programas que visem maior rendimento do leito hospitalar;*
- . *Participa com os demais profissionais da equipe de saúde, de reuniões e discussão de casos para estudo e resolução dos problemas dos pacientes;*
- . *Realiza avaliação dos programas que executa;*
- . *Participa de programa de reabilitação dos pacientes;*
- . *Realiza pesquisa médico-social;*
- . *Colabora em pesquisa de interesse do Corpo Clínico e da Administração do hospital, quando relacionada à sua área de atuação;*
- . *Presta supervisão técnica a estagiários de Serviço Social e de outras áreas;*
- . *Relata e registra no prontuário, o atendimento realizado, conforme procedimento estabelecido pelo serviço;*
- . *Estuda e propõe correções ou inovações que visem melhorar as atividades desenvolvidas no serviço;*
- . *Participa de congressos, simpósios, seminários de acordo com designação da chefia e interesse do hospital e aperfeiçoamento pessoal;*

3.2 – A RELAÇÃO SERVIÇO SOCIAL, USUÁRIO E INSTITUIÇÃO

Acreditamos ser a saúde não apenas a resultante das condições de trabalho, habitação, alimentação, educação, lazer, renda..., mas ao mesmo tempo, condição inerente ao exercício de cidadania e de liberdade, como um processo que se constrói quotidianamente.

A política da Saúde, em suas tentativas de abordar o social, direciona não apenas o estudo do fenômeno-doença mas volta-se para aspectos mais amplos do fenômeno-saúde exige de forma ampla e prospectiva, a busca contínua para cada pessoa e para todos os homens de um bem-estar físico, emocional e social e, neste sentido é perseguido a visão de totalidade.

Os fenômenos sociais não são isolados eles são relacionados com os aspectos sociológicos, culturais, educacionais, legais, morais e outros presentes na relação com a doença, que unidos refletem os determinantes dos cuidados com a saúde das pessoas.

O Serviço Social em sua prática, seja individual, grupal ou comunitária, trabalha, observando sempre a dimensão fenômeno saúde/doença, procurando um elo de ligação entre as necessidades dos usuários e a possibilidade de prestação de serviços e resolução dos problemas.

O Serviço Social tem sido um dos principais articuladores, no que diz respeito à resolução dos problemas junto ao usuário que vem em busca de auxílio e por si só não consegue resolver. Devemos, possibilitar condições, não de forma meramente “assistencialista ou paliativa”, mas de forma consciente, na construção coletiva do exercício da cidadania, o nosso “fazer” profissional deve ter dimensão educativa, que concorra para a construção do exercício da cidadania.

As funções do Assistente Social não se limita exclusivamente à prestação de serviços, mas se estendem também à função de promoção e de capacitação, estimulando a reivindicação de seus direitos na melhoria dos serviços e na forma de atendimento à suas necessidades, e obter algumas formas de organização autônoma, que progressivamente podem vir a se incorporar aos movimentos mais amplos da comunidade.

No dizer de Demo:

é fundamental cultivar e recuperar cada dia os canais de participação...A medida que a cidadania emerge, surge a reivindicação justa e legítima em torno de direitos dentro da convicção crescente de que não há nenhuma razão para se colocar na situação de esmorecer⁴⁰.

⁴⁰ DEMO, op. cit. p. 148.

3.3 – PRÁTICA PROFISSIONAL

Podemos afirmar que embora a prática profissional seja entendida como um conjunto de atividades peculiares de cada profissão, existem aspectos de sua prática que estão relacionados com as dimensões estruturais e conjunturais da realidade.

Oliveira⁴¹ acrescenta à *prática profissional transformadora, em particular do Serviço Social, ela precisa ser crítica, consciente e participativa, baseada no conhecimento da realidade, conhecimento este que supõe determinados pressupostos fundamentais, quais sejam:*

- *Conhecimento da realidade em sua totalidade, integrando de maneira específica suas várias dimensões;*
- *Conhecimento das leis do movimento da sociedade, porque a realidade compreende um complexo de fenômenos de integração mútua e em estado de movimento e transformação incessante;*
- *Conhecimento das contradições e negações, citamos como exemplo, o binômio renda/saúde.*

Separando-as de modo funcional, renda e saúde se distanciam, transformam-se em coisas antagônicas que de um lado, o lado da baixa renda, ao invés da saúde, traz o seu antagonismo, que é a doença e quanto mais baixa a renda maior a possibilidade da doença chegar ao seu externo, que é a morte ou os outros tipos de incapacidade.

3.4 – METODOLOGIA

Na busca de uma metodologia de intervenção junto aos usuários, procuramos utilizar a prática como instrumento de estudo. Isto significa não somente uma forma de abordagem da realidade profissional, mas uma postura teórico-metodológica, que consiste em acreditar que é sobretudo, na prática que residem as explicações teóricas das questões básicas do Serviço Social.

O método de intervenção se desdobram em inúmeras fases e etapas. Estas não são estanques e ocorrem concomitantemente em vários momentos:

⁴¹ OLIVEIRA, op. cit. p. 46

Contato com o usuário (indivíduo/paciente/família/suas relações). Este contato é o momento onde adquirimos conhecimento das especificidades e características concretas dos usuários. Sua origem social, sua condição de vida, suas relações de emprego, seu preparo educacional, suas ideologias, sua compreensão sobre saúde/doença e outros.

É um processo educativo que através do desenvolvimento de uma atividade de interesse imediato e específico é capaz de desenvolver uma prática mais abrangente, superando o particular e abrindo-se para o global.

Cabe a nós profissionais rompermos com a prática de reprodução e buscarmos a superação permanente, a partir da realidade cotidiana com a qual convivemos e trabalhamos, num processo de prática coletiva na construção da ação profissional.

É necessário neste processo apontar fundamentalmente relação teoria-prática que não se dá em nenhum momento de forma deslocada, mas em conjunto com o exercício profissional.

Martinelee citado por Oliveira⁴² diz que:

É no movimento da particularidade para a totalidade do simples para o complexo que nossas ações se desenvolvem.

... tem-se a considerar que o Assistente Social, como integrante do conjunto dos atores institucionais, faz instituição através da sua prática..

Numa realidade concreta e complexa, se nos apropriarmos do espaço institucional, para o desenvolvimento de nossa prática profissional com consciência, competência e compromisso, com o conjunto dos trabalhadores e o usuário/população, estaremos contribuindo efetivamente para o processo de transformação social.

Oliveira afirma que: *o trajeto que faz com que caminhemos de espaço permitido para o espaço conquistado, é, pois, uma construção coletiva, uma conquista de cada um e de todos*⁴³.

A nossa prática é norteada pela metodologia dialógica, sendo que esta proposta metodológica segundo ALMEIDA, *é pensada a partir da descoberta de um sentido novo no processo de ajuda psicossocial*⁴⁴.

O marco referencial teórico dessa metodologia é constituído por três grandes conceitos: Diálogo, pessoa e transformação.

*O diálogo, como ajuda psicossocial, constitui-se num processo onde assistente social e cliente realizam uma experiência com todo o seu ser no contexto da história humana*⁴⁵.

⁴² Ibid, op. cit. p. 14.

⁴³ Ibid., p. 48.

⁴⁴ ALMEIDA, op. cit. p.38.

⁴⁵ Ibid., p. 117.

*O diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo*⁴⁶.

Acrescenta o referido autor:

*Se ao dizer suas palavras, ao chamar ao mundo, os homens o transformam, o diálogo impõem-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial*⁴⁷.

O diálogo é encontro de reflexão e ação, através do qual os homens orientam-se para o mundo na busca de sua transformação e humanização. O diálogo não se caracteriza como simples troca de idéias, nem imposição de verdades.

Diálogo, portanto, é entendido como uma forma de ajuda psicossocial, na medida em que é um processo gerador de transformação social.

A percepção e a forma de consciência e a aplicação de ambos a partir da situação existencial problematizada são os elementos fundamentais em que se articula o diálogo como processo de ajuda psicossocial.

Nessa relação o cliente é percebido como sujeito, que age em busca da verdade; busca que provoca transformação dos seres envolvidos. A partir da descoberta do novo, assistente social e cliente constroem o projeto social, que provoca uma nova forma de pensar o mundo, que os abre para o mundo e para os outros.

O diálogo significa partilha, participação, comunhão, constitui-se num movimento de abertura, doação e acolhimento.

*A metodologia do diálogo exige que se parta de um conhecimento. Conhecimento que permita o equacionamento do problema eleito para estudo. Assim, o diálogo não pode prescindir do conhecimento profissional do assistente social, nem do conhecimento de que o cliente é portador. Um sem o outro não permite a dialética crítica necessária de um modo inteligível próprio de conhecer*⁴⁸.

Portanto, o diálogo ocorre numa relação mutuamente significativa, que se manifesta por um apelo de um lado - a intenção ou ajuda profissional, e de outro o de querer ser ajudado. Nele, realiza-se uma experiência enriquecedora, do qual ambos são sujeitos na investigação do termo eleito e na construção do projeto de existência humana.

⁴⁶ FREIRE, op. cit. p.124

⁴⁷ Ibid, op. cit. p. 125

⁴⁸ ALMEIDA, op. cit. p. 120

Esse processo exige tanto o conhecimento do sujeito-profissional quanto o conhecimento do sujeito - cliente.

É através do diálogo que se propõe questionar a realidade, compreender o outro enquanto pessoa - sujeito.

*Pessoa: a pessoa é concebida como o homem total que é sujeito, logo racional e livre*⁴⁹.

Neste sentido, a pessoa, pensada como um ser livre, é responsável por suas decisões, deseja, optar e ser sujeito de sua história. Sendo esta história constituída a partir de encontros, implica articular relações sociais já que o homem vive num mundo da co-existência.

THOMAS MERTON citado para FREIRE : *O homem, pois só pode ser considerado como plenamente vivo quando se torna inteiramente consciente do verdadeiro sentido de sua existência*⁵⁰.

Anna Augusta de Almeida concebemos o cliente como pessoa-ser sujeito-ser com consciência de seu existir, ser com consciência de seu compromisso com os outros e com o mundo sugere o diálogo como o instrumento adequado ao processo de ajuda psicossocial.

Transformação Social: O processo de capacitação constitui a provocação de um esforço intencional para conhecimento do mundo. Caracteriza-se por um momento ou descoberta do novo sentido (análise crítica) e por um segundo momento de construção de um projeto, a partir da descoberta.

Para trabalhar no projeto é necessário capacitação, pois ele é uma criatividade que provocará ruptura e inovação.

ALMEIDA, diz que a transformação é provocada por um *Método que desenha a dinâmica do diálogo gerado em quatro momentos em que ela se concretiza. Os elementos fundamentais que vão ser articulados no diálogo, como processo de ajuda são: percepção e forma de consciência, discursos da razão e forma de consciência e aplicação ou ambos*⁵¹.

A metodologia dialógica, segundo ALMEIDA, desenvolve-se através ou vários movimentos, que constituem a própria dinâmica do diálogo.

⁴⁹ Ibid, op. cit. p.119

⁵⁰ FREIRE, op. cit. p.116

⁵¹ ALMEIDA, op. cit. p.121

Primeiro movimento: *Objetivação da SEP**

Descrição empírica do vivido.

Este primeiro movimento consiste em manter-se um diálogo que vai construir um tema, a ser apresentado pelo sujeito Assistente Social ou cliente.

Essa tematização vai constituir para o Assistente Social o objeto de estudo. A prova teórica vai ser construída sobre este tema.

Segundo movimento: *Análise Crítica da SEP*

Consiste em conhecimento do objeto, aprofundamento e organização dos elementos da SEP.

Terceiro movimento: *Síntese Crítica da SEP*

O terceiro movimento constitui uma síntese de tudo que se discutiu, de tudo que se conheceu. É um movimento de retotalização da SEP.

Este movimento permite o cliente perceber a situação global em que se encontra, preparar-se para eleger uma alternativa e tomar uma decisão.

Quarto movimento: *Construção de um Projeto*

O projeto é a descoberta de um sentido, de um caminhar para alguma coisa.

Quinto movimento: *Retorno-reflexivo*

Caracteriza-se este movimento por um questionamento dos resultados, quando se compara o que se alcançou com o que se pretendia alcançar.

Em suma, este movimento constitui-se num processo de reflexão sobre o vivido.

ALMEIDA, afirma, que além desses movimentos descritos, dois outros devem ser construídos:

- *Descrição do processo vivido e*
- *Análise*

Para atingirmos os objetivos, propostos, utilizamos métodos, técnicas e instrumentos próprios do serviço social.

* Situação Existencial Problematizada

Damos ênfase a abordagem individual, trabalhando com o cliente e a família quando necessário, sensibilizando-o quanto a necessidade do tratamento, esclarecendo-o, apoiando-o, auxiliando-o em todas as dificuldades encontradas em decorrência da internação hospitalar ou relacionadas a enfermidade.

Em essência, é através da abordagem individual, que o serviço social procura ajudar a pessoa a resolver seus próprios problemas, seja através de mudanças de atitudes, seja pela utilização dos recursos da comunidade ou por ambos os meios. O Assistente Social ajuda a pessoa a examinar suas dificuldades, analisa com ela as possibilidades de removê-las, informa sobre os recursos existentes e como utilizá-los; leva o cliente a escolher a solução e adotar os meios para executá-la.

A interação Assistente Social X Cliente deve ocorrer diariamente através de entrevistas e visitas, utilizando-se de técnicas de apoio, clarificação, catarse, discussão reflexiva e orientação.

Através de entrevistas aos clientes e familiares que estabelecemos o diálogo, pois o estabelecimento do diálogo proporciona um ampliar na consciência do cliente e do Assistente social, onde ocorre uma troca mútua de saberes, e conseqüentemente leva-os a reflexão e ação.

A entrevista é um relacionamento entre dois seres humanos, marcadamente individualizados e baseado no processo fundamental da interação humana.

É uma técnica de investigação científica que utiliza a comunicação verbal para colher (obter) informações relativas a determinado objetivo... *no serviço social, o objetivo é obter o conhecimento do problema a ser resolvido, compreensão suficiente da pessoa em dificuldade e da situação, de forma que o problema possa ser solucionado eficientemente*⁵².

Outro método utilizado pelo assistente social é a observação que consiste em observar as inter-relações do cliente, procurando visualizar o singular, sem isolá-lo do geral, transcender o aparente, pois nem sempre o cliente consegue exprimir seus sentimentos através de palavras, portanto faz-se necessário a percepção de expressões não verbais de sentimentos e pensamentos.

É por nós utilizado este método durante as visitas aos leitos dos pacientes; bem como durante todo o processo de investigação.

⁵² VIEIRA, op. cit. p145.

É através desta interação Assistente Social X Cliente que tomaremos conhecimento da problemática do paciente e família que resultará no processo de Diagnóstico.

O Diagnóstico assim formulado, serve de base para a intervenção. No entanto não é um trabalho exclusivo do Assistente Social, pois para ser autêntico requer a participação ativa do cliente.

O objetivo do diagnóstico é duplo:

1. sintetizar as etapas de coleta e interpretação de dados;
2. oferecer base para a formulação do plano de intervenção.

O Diagnóstico fornece portanto à direção, orientação e execução.

O Diagnóstico está sujeito a correção, reavaliação e reformulação a medida que vão ocorrendo mudanças na situação-social-problema.

Uma vez diagnosticado, o Assistente Social estabelecerá o plano de ação juntamente com o cliente e família, mobilizando recursos existentes no próprio cliente ou recursos externos para intervenção no processo de ajuda psicossocial.

3.5 UNIDADE DE AMBULATÓRIO

Segundo o comitê de serviço social em oncologia⁵³: *o Serviço Social na atuação ambulatorial deve relacionar os fundamentos teóricos da profissão com as metas da prática, a estrutura administrativa da instituição, o trabalho interdisciplinar e os contatos com a comunidade. Deve, ainda, estruturar-se de forma a dar respostas significativas às demandas provenientes da instituição e da população, prestando atendimento individualizado e grupal aos pacientes e familiares, realizando ações de pesquisa e ensino, e desenvolvendo trabalhos burocráticos e administrativos institucionais.*

A atuação ao serviço Social em unidades ambulatoriais tem como objetivo investigar as situações cultural, ambiental, social, pessoal, psicológica e econômica do paciente, a fim de identificar os problemas que podem interromper o tratamento e reportá-los à equipe, tornando possível a compreensão de quem essa pessoa é, quais os outros fatores que estão afetando a vida desse indivíduo e de seus familiares. Através de um planejamento de intervenções que torne o tratamento e a recuperação viáveis ao paciente, considerar um processo constante de assistência para propiciar maior conforto

⁵³ Comitê de Serviço Social em Oncologia, doc. cit. p. 13.

emocional e físico, e vida social e ocupacional mais próximos do "normal", dados as condições impostas pela doença.

Ações do Assistente Social no atendimento ambulatorial:

- orientar e informar sobre a instituição e seus recursos;
- encaminhar para exames;
- efetuar contato com o serviço de transporte (ambulância);
- preparar paciente e família para internação, cirurgia;
- orientar sobre internação;
- orientar e encaminhar a recursos previdenciários;
- efetuar contato com a família;
- esclarecer sobre diagnóstico e exames;
- encaminhar paciente para hospital (transferir);
- encaminhar para recursos comunitários;
- elaborar relatório social;
- realizar atividade grupal;
- realizar um trabalho integrado com os outros membros da equipe de saúde;
- registrar sua ação em fichas, livros, prontuário, etc.;
- realizar visitas domiciliar.

Toda ação do Serviço Social tem um caráter educativo que pode acontecer em vários níveis da assistência.

Compreendidos nessas ações podem estar, as palestras realizadas em salas de espera, com a finalidade de elucidar, os parâmetros institucionais, suas rotinas, os serviços disponíveis e também de amenizar a ansiedade que antecede à realização de exames e/ou consultas, propostas de tratamentos, revelação do diagnósticos. É um momento importante que pode se dar de forma individualizada ou grupal.

As ações assistenciais ocorrem geralmente após o atendimento médico. É quando o paciente vem solicitar ao Assistente Social explicação sobre sua consulta médica, elucidar siglas, entender a organização dos serviços e buscar tradução para a difícil linguagem médica.

Exerce assim, freqüentemente, o papel de interprete da equipe junto ao paciente e seus familiares e vice-versa.

Tem-se a impressão de ser esta uma intervenção imediatista, e realmente é, porém, solucionar as demandas imediatas e emergentes não deve constituir-se na finalidade única da atuação do Assistente Social. Mesmo porque, as situações limites, via de regra, tornam impotentes os profissionais envolvidas dos problemática, e as próprias instituições de saúde e suas políticas.

Ao Assistente Social cabe extrapolar o imediatismo, aproveitando essa abordagem para dar início ao processo de participação do paciente e família no percurso de seu diagnóstico e tratamento. Deve propiciar aos pacientes e familiares o desenvolvimento de processos reflexivos e o aprendizado necessário para reconhecer e lidar com seus próprios potenciais frente a doença.

*A ótica do profissional deve garantir a identidade do paciente enquanto "agente" de seu projeto de vida. O paciente "está" doente, não "é" a doença...*⁵⁴

Ao adoecer, na maioria das vezes, a vida do paciente passa a ser direcionada pela família, quando não se dá o direito de conhecer o diagnóstico, de decidir sobre tratamento e o mesmo acontece com a equipe de saúde, quando se arvora o direito de não esclarecer o tratamento planejado, julgando ser o paciente e seus familiares incapazes de compreendê-lo.

É nesta relação de passividade que intervém, objetivando garantir o princípio da participação que assegure o respeito ao paciente e à superação das contradições surgidos dentro do próprio grupo familiar.

A equipe de saúde deve compreender: a equipe, o indivíduo portador da doença, os membros de sua relação (família, amigos). Todos devem propiciar uma relação de cumplicidade, visando alcançar a cura do doente, quando possível, ou a melhor qualidade de vida da paciente.

3.6 UNIDADE DE INTERNAÇÃO

O atendimento em enfermaria identifica e intervém nas situações emergentes durante o período ou internação, de forma a contribuir para a realização do tratamento médico. Deve proporcionar ao paciente a liberação de emoções através de seus sentimentos e atitudes, para que possa refletir e colocar-se de maneira positiva frente suas dúvidas e ansiedades (medo da dor, morte, mutilação, rejeição, perda de auto-estima, perda da capacidade laborativa, etc).

⁵⁴ Comitê de Serviço Social em oncologia, doc. cit. pg. 14.

O profissional de Serviço Social, no atendimento ao paciente em situação de internação, necessita ter noções gerais sobre a clínica e seus principais diagnósticos, a fim de intervir na problemática psicossocial, através das seguintes atribuições:

- elaborar programas específicos de atuação, estabelecendo estratégias de intervenção esboçadas a partir da situação concreta do paciente e sua família;
- proceder a entrevista individual onde se levantam questões previdenciárias, motivo da internação, estado de ânimo e interferências no cotidiano pessoal e familiar frente ao diagnóstico e tratamento proposto etc.;
- avaliar e acompanhar o caso com visita diária ao leito;
- realizar atendimento familiar quando o Assistente Social achar necessário, ou por solicitação do paciente, da equipe e familiares, motivada por situação social emergente;
- identificar, discutir e avaliar com a família, possíveis situações sociais e econômicas que estejam interferindo no tratamento, bem como providenciar encaminhamento aos recursos comunitários, conforme necessário;
- possibilitar e/ou facilitar contato entre a equipe médica e familiares do paciente;
- realizar visita domiciliar quando necessário;
- registrar o atendimento em documentação específica;
- interpretar à equipe multidisciplinar os aspectos psicossociais e econômicos que envolvem a questão da internação;
- discutir os casos com a equipe multidisciplinar;
- agilizar altas sociais;
- incluir e excluir benefício diversos.

3.7 - ATIVIDADE DE GRUPO

A atividade de grupo é um procedimento utilizado pelo profissional de Serviço Social, visa, através de experiências propositadas, capacitar indivíduos a melhorarem seu relacionamento social e enfrentarem de modo mais eficaz seus problemas pessoais, grupais e comunitários. Através desta abordagem oferece vantagens como propiciar a troca de

experiências entre pessoas com diagnóstico semelhantes, atender um número maior de pessoas, favorecer um melhor relacionamento entre os pacientes, desses com os profissionais e entre os profissionais.

São os seguintes os tipos de atividades que podem ser desenvolvidos:

3.7.1 Grupo educativo

As ações educativas permeiam toda a intervenção do Serviço Social e devem ser realizadas não só nos serviços de saúde, mas em outras instituições da comunidade.

A metodologia destes grupos visa fornecer informações quando á importância da prevenção, detecção precoce e tratamento da doença .

O objetivo final é levar as pessoas a assumirem compromisso com a prevenção e identificação dos problemas de saúde assim que apareçam .

Tópicos que devem ser abordados:

- Desmistificar os conceitos saúde / doença.
- Elucidar fatores de risco.
- Informar índices de incidência e mortalidade
- Informar noções básicas sobre os exames de detecção precoce.
- Identificar e discutir valores culturais.

Conceitos corretos ou não sobre o porquê do surgimento do câncer, diabetes, insuficiência renal e outros e suas conseqüências, estão sempre presentes quando se aborda a possibilidade de alterar um comportamento com vistas à promoção da saúde.

O que difere o Assistente Social dos demais profissionais da equipe de saúde é a habilidade que ele tem de identificar e discutir os valores culturais, utilizando-os como subsídio de sua atuação.

A postura do profissional deve considerar que transmitir conhecimento e provocar a aceitação de novos conceitos, culminando com mudanças de hábitos, crenças e comportamento, só é possível quando se compreende que o saber não é exclusivo do educador. O saber está na interação "educador/educando".

O trabalho de grupo não restringe-se apenas ao paciente, deve o assistente social também trabalhar com a família, para que estes possam interagir melhor no processo saúde/doença de seus membros.

3.7.2 Grupo operativo

O grupo operativo pressupõe o cumprimento de uma tarefa grupal, ou uma ação educativa, que compreende o resultado não só de uma aprendizagem, mas de um processo que possibilita a mudança. O grupo operativo envolve um sistema de ações que surge a partir das necessidades dos integrantes e dentro do atendimento hospitalar pode ser utilizado tanto com pacientes, como com a equipe multidisciplinar.

Cabe ao profissional atuante nestes grupos, desencadear um processo reflexivo com pacientes e/ou familiares, quanto ao diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando contribuir para o enfrentamento da nova situação e permitindo que o paciente assuma a condição de sujeito de sua história de cura.

Para isto, o Assistente Social deve ter conhecimentos específicos de dinâmica de grupo, conhecimentos do tema (tarefa) a ser tratado no grupo, disponibilidade para acompanhar todas as sessões grupais e embasamento para lidar com emoções e sentimentos que possam emergir no grupo.

Alguns aspectos importantes devem ser considerados para o atendimento através de grupos operativos: formação de grupos com pacientes em situação de doença semelhante para que se possa cumprir a tarefa: número de reuniões pré-definido e compatíveis com a programação; previsão das situações que impeçam a frequência dos pacientes.

Os grupos operativos terão sua ação enriquecida se desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar.

O grupo operativo também pode ser uma abordagem utilizada entre a equipe multidisciplinar para a discussão de casos, definição ou objetivos da equipe, discursos das dificuldades e sentimentos com relação à atuação dos profissionais junto aos pacientes.

3.8 INSTRUMENTOS DA AÇÃO

Destacamos como instrumentos mais importantes para a realização das ações do Assistente Social: a entrevista, o encaminhamento e a visita domiciliar.

3.8.1 - Entrevista

A entrevista é sempre efetuada pelo profissional independente da abordagem que utiliza. Muitas vezes, é a partir dela que será elaborados os relatórios sociais.

É no momento da entrevista que o paciente torna-se pessoa, relatando seu modo de vida, suas crenças, seu cotidiano social, suas relações com a família e com o mundo.

No anexo I, apresentamos uma proposta de roteiro de entrevista, que deve ser formulado conforme a realidade de cada instituição.

Na 1ª parte temos a entrevista inicial, aquela que devemos realizar com toda a clientela atendida, em forma de questionário.

A 2ª parte, somente aos pacientes que permanecerão em atendimento na instituição ou no serviço social.

Os tópicos servirão apenas para dirigir a entrevista e dificilmente serão levantadas em uma única abordagem; ao contrário, acredita-se que alguma informação importante possa ser identificado com o paciente e/ou familiares em contatos rotineiros, sem que estes sejam tão formais quanto a entrevista propriamente dita.

A intenção é garantir o registro do caso e o caminho para o levantamento dos dados mais significativos.

Um aspecto de suma importância é ater-se na forma de redigir o registro, a análise de tudo o que se viu e ouviu, utilizando seu embasamento científico para decidir pela intervenção escolhida.

3.8.2 - Encaminhamentos

Todo Assistente Social, para beneficiar a pessoa no contexto de um encaminhamento, necessita conhecer o paciente e suas necessidades: conhecer as regras das outras instituições e suas limitações; manter cadastro atualizado de recursos; ter percepção do que o outro Assistente Social precisa saber para melhor atender o paciente.

O paciente é a pessoa mais importante neste processo, devendo receber explicações sobre cada procedimento adotado. O encaminhamento nunca deve ser feito aleatoriamente, pois poderá implicar em rejeições, devendo o profissional tentar diminuí-las ao máximo.

O paciente tanto pode ser encaminhado, como pode ser transferido de um serviço a outro, ou de um Assistente Social a outro. Em todas as situações devem ser fornecidas explicações completas das razões de transferências, a fim de que o paciente compreenda o motivo da mudança, tenha oportunidade de se expressar a respeito da mesma, manifestando qualquer sentimento, ou vontade.

3.8.3 Visita Domiciliar

A visita domiciliar é um instrumento e uma técnica profissional tendo um objetivo e uma ética que caracterizam, no seu conjunto, a ação profissional.

Quanto ao objetivo, o profissional deve tê-lo claro sempre que lançar mão deste instrumento. Determinados objetivos só podem ser atingidos nos contatos com o ambiente familiar, tais como: reconhecimento do local, o tipo e as condições da residência, o relacionamento entre os membros, os elementos culturais (valores, padrões, hábitos etc).

Um outro objetivo da visita pode ser também o melhor conhecimento do paciente fora do ambiente artificial e, às vezes, constrangedor da instituição. Em seu próprio ambiente, a pessoa se revela melhor, fica mais à vontade e o Assistente Social pode descobrir novos aspectos nessa dinâmica, principalmente nos casos em que o tratamento exige suporte familiar. Portanto, o contato com o meio familiar é absolutamente necessário para identificação dos relacionamentos positivos e negativos.

A postura da horizontalidade é aspecto importante na visita domiciliar. Há inclusive uma certa inversão de papéis: dono da casa X visitante, manifestado em pequenos detalhes, como servir algo, convidar para sentar, controlar as crianças no sentido de não atrapalharem a dinâmica da entrevista.

Quanto aos aspectos técnicos, a visita domiciliar deve ser conduzida de forma a permitir o máximo de liberdade e o mínimo de constrangimento para a pessoa visitada. Ela é menos diretiva que os demais contatos profissionais com relação à ética (respeito mútuo).

O paciente deve ser consultado sobre a viabilidade da visita, e informado de seu dia e horário. O Assistente Social não é um investigador, devendo evitar bloqueios. Durante a visita o profissional deve observar tudo muito atentamente, pois cada detalhe tem seu significado. Desde o início do acompanhamento de um caso, o Assistente Social deverá informar todos os procedimentos que poderão ser adotados, inclusive a visita domiciliar.

3.9 REGISTRO DA AÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Para caracterizar cada vez mais a profissão, delimitar e definir as funções e objetivos do profissional nesta área, é de suma importância o registro de ação, uma vez que, dessa forma, também estaremos registrando a nossa história e fortalecendo nosso espaço profissional.

Registrar a ação é documentar a prática; é deixar escrito o que se pretende fazer, o que está sendo feito e como está sendo feito pelo Serviço Social naquela determinada instituição, naquele determinado programa.

O primeiro registro a ser feito é o Projeto de Atuação, onde se justifica o porquê daquela ação, quais os objetivos a serem atingidos e de que forma isso será operacionalizado.

Os relatórios dos atendimentos individuais ou grupais têm como objetivo permitir a análise da intervenção do Serviço Social e o acompanhamento do caso pelo mesmo profissional ou outro da mesma área, subsidiar o atendimento de profissionais de outras áreas, e ainda, subsidiar estudos e pesquisas.

Na elaboração destes relatórios é importante a clareza, a descrição dos aspectos tais como fornecida pelo usuário, porém não devem deixar de conter aspectos reflexivo e interpretativo do técnico.

A avaliação é de extrema importância, pois através dele é que vamos mensurar a nossa prática em nível de qualidade e quantidade; o que dará a possibilidade de reformular os projetos, dialeticamente, e ainda poderá fornecer material para a teorização da prática.

É fundamental que o assistente social utilize o prontuário médico para relatar o atendimento ao paciente, pois só assim todos obtém uma visão global do paciente.

É importante também que o Assistente Social faça estatísticas dos atendimentos realizados. Essa documentação contribuirá para a avaliação quantitativa do trabalho e para planejamento futuros.

O registro da ação permite a continuidade da prática, mesmo quando houver substituição do técnico.

3.10 - AÇÕES DE PLANEJAMENTO E DE PESQUISA

Os Assistentes Sociais, com vistas à agilização e qualificação dos serviços oferecidos, devem cultivar o seu espaço enquanto participantes do planejamento institucional. O reconhecimento das estruturas de normas e regras que precisam ser executadas e observadas, é o passo inicial para que sejam também transformadas na interação com a prática.

É o profissional do Serviço Social que vai esgarçando a rigidez institucional quando participa de processos decisórios, considerando seu referencial teórico, a conjuntura e as demandas que chegam até ele.

A qualidade profissional implica interação da prática com o registro da ação refletido à luz do conhecimento teórico que se manifesta em nova prática. Esse constante fazer e refazer, pensar e repensar, compreender e agir, é facilitador quando a intervenção é devidamente documentada.

As pesquisas podem significar a maneira de socializar o conhecimento. Podem ser desenvolvidas pesquisas próprias do Serviço Social, ou em colaboração com outros profissionais, possibilitando relacionar dados sociais com outra variante em questão, ou até mesmo efetuar um levantamento que considere a opinião da população usuária frente à qualidade do atendimento prestado.

Sem dúvida, dadas as dificuldades de se mensurar a expressão do cotidiano, são as pesquisas um dos grandes desafios da profissão.

De um lado está o paciente, sua família e a comunidade e, de outro, o hospital para servi-los.

A ação do Assistente Social, pode-se dar em diferentes situações: planejando e executando programas do próprio serviço social, incentivando programas a serem desenvolvidos por toda a equipe de tratamento, participando de programas conjuntos, com profissionais das diversas áreas e, ainda assessorando a administração na efetivação de modificações, ampliações e mesmo supressão de determinados procedimentos, programas.

3.11 SUPERVISÃO

Segundo Buriola⁵⁵, podemos conceituar a supervisão como *uma aprendizagem para recuperação de conhecimento através de vivência*"; *"um trabalhar em conjunto numa*

⁵⁵ BURIOLA, op. cit. p.101.

relação de troca mútua: supervisor-supervisionado e supervisionado-supervisor"; "é um jeito global de ver as coisas e fazer uma síntese com a própria vivência pessoal do novo; é um processo de aprendizagem.

A supervisão em nível institucional pode significar uma proposta de atualização de conhecimentos, propiciando um novo direcionamento dos projetos de ação. Todo profissional, por mais experiente que seja, precisa, em algum momento, do auxílio da supervisão. Nem sempre encontra-se na instituição o agente indicado para a temática em questão, a contratação de profissionais para assessoria, consultoria ou supervisão é cada vez mais freqüente.

IV - CONCLUSÃO

Através dos tempos o hospital de abrigo para pobres, passou a ser uma instituição a serviço da comunidade, requerendo planejamento, organização e direção de técnicos especialmente preparados.

Hoje o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica preventiva e curativa, incluindo à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais.

O hospital não pode limitar sua atividade na área restaurativa, deve organizar-se no sentido também de servir às necessidades preventivas, às do ensino e pesquisas.

Quanto a classificação dos hospitais, podemos de maneira geral classificá-los sob os aspectos clínicos, pelo número de leitos, ou sob os aspectos jurídicos.

Sendo o hospital uma instituição social complexa, com serviços diversificados, com pessoal de profissões diferentes, que se interrelacionam, para atingir um único objetivo, “a cura do doente” é necessário pois, que haja uma organização funcional/estrutural de forma a haver divisão de trabalho e definição de responsabilidades, quanto as tarefas a serem executadas. Esta organização não é estanque, depende do tamanho e complexidade de cada hospital.

Todas as atividades do hospital está centrada ao atendimento do paciente, portanto as relações entre os diferentes departamentos/serviços devem se processar em consonância, pois o objetivo de todos é a assistência médica do doente.

Para que o hospital possa cumprir com seus objetivos é necessário estabelecer canais de comunicação bem definidos e permanentes com os órgãos de planejamento da comunidade, pois só assim os programas/ações de saúde serão adequados as populações.

A denominação “paciente” que usualmente é atribuída ao doente, é um dado revelador do sentido principal da relação do profissional da saúde X doente, paciente significa aquele que possui virtude de suportar os sofrimentos sem queixas.

O doente, durante o processo de cura é retirado o direito de fala, a não ser como informante. Ao ser internado este é despido de suas crenças, valores, seus desejos coibidos, sua intimidade invadida, seu mundo de relações rompido. Ele deixa de ser sujeito e passa a ser objeto.

Pondera-se aqui que a eficácia da ação de todos os profissionais da saúde, independentemente das funções a serem cumpridas, devem observar que para o processo de cura é fundamental o envolvimento absoluto do paciente e suas relações, e não apenas tratar a doença, deve-se portanto tratá-lo, considerá-lo na sua totalidade.

O serviço social, que surgira como profissão na Europa, no final do século XIX, enfatizando os aspectos sócio-econômicos, atrelado a doutrina cristã, emerge nos Estados Unidos, no início do século, com a sua implantação em diversos hospitais, tendo o objetivo de fortalecer a personalidade do doente e ajudar os médicos nas suas atividades. A grande depressão de 1929/30 propiciou a institucionalização dos serviços de saúde, no sentido de atingir o conjunto de população, já que a Teoria do Bem-estar previa a necessidade do Estado assumir a função intervencista e planificadora. Nesse período, o Serviço Social começa a atuar nas instituições públicas, executando as políticas sociais de saúde emanadas do estado. As ações tinham por intencionalidade ajustar o paciente às instituições assistenciais e às condições normais de vida.

Ao ser criada a profissão foi definida como “prática social”, concebida no âmbito da “ajuda social”. Evoluiu no processo de pensar-se a si mesma e à sociedade gerando novas concepções e auto-representações como “técnica social”, “ação social modernizante e posteriormente processo político transformador”. Hoje põe ênfase nas problematizações da cidadania, das políticas sociais em geral e, particularmente, na assistência social.

No Brasil o Serviço Social surge na década de 30, sob a influência dos programas e métodos de ensino das escolas de Serviço Social européias, apoiado na doutrina social da igreja.

Distingue-se 4 fases na evolução histórica do Serviço Social no Brasil: a primeira fase, que compreendeu o período de 1930-45 - influência européia, a 2ª fase 1945-58 -

influência norte-americana, 3ª fase 1958-65 - influência americana, contribuindo para o processo social do desenvolvimento, e a 4ª fase - iniciou em 1965 e estende-se até hoje - caracteriza-se pelos movimentos de reconceituação.

A partir da década de 50, a área da saúde é um setor que tem absorvido um contingente significativo de profissionais de Serviço Social. Esta situação está relacionada à articulação da saúde com a produção e reprodução do capital, cabendo ao assistente social, na divisão sócio-técnico do trabalho, atuar nas instituições médicas afim de administrar a tensão existente entre demandas dos trabalhadores e os insuficientes recursos para a prestação dos serviços requeridos. Dessa forma, as principais atividades profissionais concentraram-se na seleção sócio-econômica, triagem, encaminhamento, educação sanitária e apoio psicológico aos pacientes e família. Sua prática restringiu-se à normatização das condições de vida das classes trabalhadoras, como também à seleção e conseqüentemente exclusão dos benefícios.

O Serviço Social no Hospital Governador Celso Ramos iniciou suas atividades em 1966, justamente quando a Serviço Social enquanto profissão estava passando por um movimento de reconceituação. A princípio foi fixado como objetivo imediato conjugar esforços ao lado de outros profissionais do campo da saúde, para ação integrada, visando à coordenação de programas que transformassem o processo de desenvolvimento do Hospital em instrumento de bem-estar-social.

Hoje, a prática profissional na área da saúde tem sido cada vez mais freqüente em equipe multiprofissionais. Desta forma, é de reconhecida importância o conhecimento que o profissional de Serviço Social deve ter do seu espaço de trabalho dentro da instituição e da equipe, para que possa interpretar os fatores sociais, políticos e econômicos que permeiam a realidade dos pacientes e de seus familiares, orientando um tratamento global nos aspectos biopsicossociais.

Cabe ao Assistente Social desenvolver/promover uma ação educativa, visando desencadear um processo reflexivo nos pacientes e familiares, para que possam participar do processo de tratamento e/ou cura. Além da detecção precoce de patologias diversas, nos quais a ação educativa é fundamental.

Por tratar-se de uma profissão nova e abrangente, é comum que outros profissionais confundam a atuação do Serviço Social, por isso é importante que o Assistente Social

tenha definido para si seus objetivos, funções e atividades, valorizando sua prática e conquistando seu espaço.

O fazer do Assistente Social exige o conhecimento da situação, do cotidiano de sua prática, dos meios e condições de realização, das possibilidades que a realidade contém e das tendências que suas ações poderão desencadear.

Para atuar o Assistente Social deve estar amparado por uma teoria social, deter o método que lhe possa servir de guia ao conhecimento, o qual lhe permitirá estabelecer estratégias e táticas de intervenção profissional.

Além do aspecto teórico-metodológico, o Assistente Social tem que estar atento para a realidade, perceber as forças contrárias que emanam, ou seja, o Assistente Social tem que conhecer a população usuária dos seus serviços, seus modos de vida, formas de lutas, etc.

O processo de trabalho do Assistente Social incide sobre os vários mecanismos das redes de interações sociais. Destina-se ao atendimento de algumas das várias necessidades sociais, sobretudo as dos segmentos mais pauperizados das camadas assalariadas e dos excluídos sociais.

V - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ALMEIDA, Anna Augusta. Possibilidades e limites da teoria do serviço social. Vol. único. ed 2ª, Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1978.
- BRASIL, Constituição da República Federativa. Vol. único. ed. 1ª, Brasília, 1988.
- BEREZOVSKY, Mina. Serviço Social Médico na Administração Hospitalar: Análise Teórica e levantamento da situação em Hospitais de São Paulo. Vol. único, ed. 1ª, Cortez & Moraes Editora, São Paulo, 1987.
- BURIOLA, M. A.F. Supervisão em serviço social: o supervisor, sua relação e seus papéis. Vol. único, ed. 1ª, Cortez editora, São Paulo, 1994.
- CASTELAR, Rosa Maria. Gestão Hospitalar, um desafio para o Hospital Brasileiro, Vol. único, Editions Ensp editora, São Paulo, 1995.
- DEMO, Pedro. Participação é Conquista - Noções de Política Social Participativa, Vol. único, ed. 1ª, Cortez editora, São Paulo, 1988.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. Vol. único, ed. 1ª, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1970.
- HOLANDA, Aurélio Buarque de. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Vol. único. ed. 1ª, Nova Fronteira editora, Rio de Janeiro, 1987
- MIRSHAWAKA, Victor. Hospital: Fui bem atendido, a vez do Brasil. Vol. único, ed. 1º, Makron Books editora, São Paulo, 1994.
- OLIVEIRA, Heloisa M. A. José. Assistência Social: do discurso do estado à prática do serviço social. Vol. único, ed. 1ª, UFSC editora, Florianópolis, 1989.
- RIBEIRO, Herval Pina. O Hospital: Historia e Crise. Vol. único, ed.1ª, Cortez editora, São Paulo, 1993.
- VIEIRA, Balbina Ottoni. Serviço Social: processos e técnicos. Vol. único, ed. 5ª, Agir editora, Rio de Janeiro, 1981.

_____, Metodologia do serviço social. Vol. único, ed. 1ª, Ágir editora, Rio de Janeiro, 1978.

SILVA, M. A. Anice da. Fundamentando o Exercício profissional do Auxiliar de Enfermagem. Vol. I, ed. 2ª, Gráfica Odorizzi, Florianópolis, 1997

Periódicos:

Cadernos de Teses - 7º Congresso Brasileiro de Serviço Social - São Paulo, maio/1991 - Política de saúde - Helena Kartke de Oliveira - RS - p. 47 - 70.

Documento de Araxá. Debates Sociais, RJ - CBCISS, 3, p. 9 - 45, maio/1967.

Políticas Públicas: Desafios e perspectivas, caderno de estudos nº 01 - CRESS - 12ª Região, Florianópolis/SC, 1997.

Regimento interno do serviço social do HGCR. Florianópolis/SC, 1996, p. 01-25.

Serviço Social em Oncologia - Fundação Oncocentro de São Paulo, - Comitê de Serviço Social em Oncologia - FOSSP, 1997.

Terminologia Básica em Saúde - Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviço de Saúde. Brasília, 1987.

VI - ANEXOS

ANEXO I

ENTREVISTA

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Nº Prontuário _____ Data: ____/____/____
Sexo: _____ Cor: _____ Local e data nascimento: ____/____/____
Religião: _____ Escolaridade: _____
Estado Civil: _____
Profissão: _____ Atividade Atual: _____
Situação Previdenciária: _____
Endereço: _____
Rua: _____ nº, _____ UF: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Telefone: _____
Ponto de Referência: _____
Pessoa de contato: _____
Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ Grau de Parentesco: _____

II - COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	N Esc	Idade	Vínculo	Ocupação	Salário

III - RENDA FAMILIAR

- Sem renda de 4 à 7 salários mínimos
 até 1 salário mínimo de 8 à 11 salários mínimos
 de 1 à 3 salários mínimos + de 11 salários mínimos

IV - SITUAÇÃO HABITACIONAL

- casa própria
 alugada
 cedida
 outro _____
Tipo:
 alvenaria madeira outro _____

Nº de comodors (informar o nº)

- quarto
 sala
 cozinha
 banheiro: Externo Interno
 outros _____

Infra estrutura básica

- Instalação sanitária
 esgoto luz elétrica
 coleta de lixo
 fossa água potável

V - PERFIL PRIMEIRO CONTATO

- | | |
|---------------------------|------------------|
| 1-Iniciativa | 2- Procedência |
| () do cliente | () ambulatório |
| () do assistência social | () enfermaria |
| () encaminhamento | () Outro: _____ |

Resumo do atendimento efetuado ou solicitação inicial:

Conduta

- () inclusão () exclusão () encaminhamento

Assistente Social: Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____

VI - ESTUDO PSICOSSOCIAL

- 1 Descrição da queixa ou solicitação

- 2 Antecedentes significativos:

- 3 Variáveis, significativas: (histórico profissional, orçamentário, alimentação, habitação)

- 4 Migrações (procedencia)

- 5 Saúde:

Doença diagnosticada:

Queixas/procedimentos

Estado aparente

O que sabe /pensa sobre seu diagnóstico e tratamento

Diagnóstico revelado à:

Família ()

Paciente ()

Amigo ()

Outros () _____

- 6 Aspectos psicologicos

- estado de ânimo quanto a situação

- emoções e sentimentos (relação sexual e afetivo: _____

- capacidade de compreensão e comunicação: _____

- iniciativa, tomada de decisão e atitudes, potencialidades _____

- dinâmica familiar frente a situação atual: _____

- sociabilidade, lazer, aspectos culturais. _____

VII - DIAGNÓSTICO SOCIAL

VIII - INTERVENÇÃO

IX - PROCEDIMENTOS PLANEJADOS E PROVIDÊNCIAS TOMADAS

Observação:

Faz uso de medicamentos? _____

Como adquire? _____

Tempo de tratamento: _____

Tipo de tratamento: _____

Como vem para o hospital? _____

ANEXO II

LEI 8662/93

REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL

DISPÕE SOBRE A PROFISSÃO DE ASSISTENTE SOCIAL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - É livre o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional, observadas as condições estabelecidas nesta Lei.

Art. 2º - Somente poderão exercer a profissão de Assistente Social:

- I Os possuidores de diploma em curso de graduação em Serviço Social, oficialmente reconhecido, expedido por estabelecimento de ensino superior existente no País, devidamente registrado no órgão competente;
- II os possuidores de diploma de curso superior em Serviço Social, em nível de graduação ou equivalente, expedido por estabelecimento de ensino sediado em países estrangeiros, conveniado ou não com o governo brasileiro, desde que devidamente revalidado e registrado em órgão competente no Brasil;
- III os agentes sociais, qualquer que seja sua denominação com funções nos vários órgãos públicos, segundo o disposto no art. 14 e seu parágrafo único da Lei nº 1.889, de 13 de junho de 1953.

Parágrafo único - O exercício da profissão de Assistente Social requer prévio registro nos Conselhos Regionais que tenham jurisdição sobre a área de atuação do interessado nos termos desta Lei.

Art. 3º - A designação profissional de Assistente Social é privativa dos habilitados na forma da legislação vigente.

Art. 4º - Constituem competência do Assistente Social

- I elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil.

- III Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- IV (VETADO);
- V orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise de realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º - Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

- I coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- II planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- V assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- VII dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

- VIII dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- IX elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social.
- X coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- XI fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- XII dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- XIII ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Art. 6º - São alteradas as denominações do atual Conselho Federal de Assistentes Sociais - CFAS e dos Conselhos Regionais de Assistentes Sociais - CRAS, para, respectivamente, Conselho Federal de Serviço Social - CFESS e Conselhos Regionais de Serviço Social - CRESS.

Art. 7º - O Conselho Federal de Serviço Social - CFESS e os Conselhos Regionais de Serviço Social - CRESS constituem, em seu conjunto, uma entidade com personalidade jurídica e forma federativa, com o objetivo básico de disciplinar e defender o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional.

§1º - Os Conselhos Regionais de Serviço Social - CRESS são dotados de autonomia administrativa e financeira, sem prejuízo de sua vinculação ao Conselho Federal, nos termos da legislação em vigor.

§ 2º - Cabe ao Conselho Federal de Serviço Social - CFESS e aos Conselhos Regionais de Serviço Social - CRESS, representar, em juízo e fora dele, os interesses gerais e individuais dos Assistentes Sociais, no cumprimento desta Lei.

Art. 8º - Compete ao Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, na qualidade de órgão normativo de grau superior, o exercício das seguintes atribuições:

- I orientar, disciplinar, fiscalizar e defender o exercício da profissão de Assistente Social, em conjunto com o CRESS;
- II assessorar os CRESS sempre que se fizer necessário;
- III aprovar os Regimentos Internos dos CRESS no fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS/CRESS;
- IV aprovar o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais juntamente com os CRESS, no fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS/CRESS;

- V funcionar como Tribunal Superior de Ética Profissional;
- VI julgar, em última instância, os recursos contra as sanções impostas pelos CRESS;
- VII estabelecer os sistemas de registro dos profissionais habilitados;
- VIII prestar assessoria técnico-consultiva aos organismos públicos ou privados, em matéria de Serviço Social;
- IX (VETADO).

Art. 9º - O fórum máximo de deliberação da profissão para fins desta Lei dar-se-á nas reuniões conjuntas dos Conselhos Federal e Regional, que inclusive fixarão os limites de sua competência e sua forma de convocação.

Art. 10 - Compete aos CRESS, em suas respectivas áreas de jurisdição, na qualidade de órgão executivo e de primeira instância, o exercício das seguintes atribuições:

- I organizar e manter o registro profissional dos Assistentes Sociais e o cadastro das instituições e obras sociais públicas e privadas, ou de fins filantrópicos;
- II fiscalizar e disciplinar o exercício da profissão de Assistente Social na respectiva região;
- III expedir carteiras profissionais de Assistentes Sociais, fixando a respectiva taxa;
- IV zelar pela observância do Código de Ética Profissional, funcionando como Tribunais Regionais de Ética Profissional;
- V aplicar as sanções previstas no Código de Ética Profissional';
- VI fixar, em assembléia da categoria, as anuidades que devem ser pagas pelos Assistentes Sociais;
- VII elaborar o respectivo Regimento Interno e submetê-lo a exame e aprovação do fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS/CRESS.

Art. 11 - O Conselho Federal de Serviço Social - CFESS terá sede e foro no Distrito Federal.

Art. 12 - Em cada capital de Estado, de Território e no Distrito Federal, haverá um Conselho Regional de Serviço Social - CRESS denominado segundo a sua jurisdição, a qual alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

§ 1º - Nos Estados ou Territórios em que os profissionais que neles atuam não tenham possibilidade de instalar um Conselho Regional, deverá ser constituída uma delegacia subordinada ao Conselho Regional que oferecer melhores condições de comunicação, fiscalização e orientação, ouvido o órgão regional e com homologação do Conselho Federal.

§ 2º - Os Conselhos Regionais poderão constituir, dentro de sua própria área de jurisdição, delegacias seccionais para desempenho de suas atribuições executivas e de primeira instância nas regiões em que forem instalados, desde que a arrecadação proveniente dos profissionais nelas atuantes seja suficiente para sua própria manutenção.

Art. 13 - A inscrição nos Conselhos Regionais sujeita os Assistentes Sociais ao pagamento das atribuições compulsórias (anuidades), taxas e demais emolumentos que forem estabelecidos em regulamentação baixada pelo Conselho Federal, em deliberação conjunta com os Conselhos Regionais.

Art. 14 - Cabe à Unidades de Ensino credenciar e comunicar aos Conselhos Regionais de sua jurisdição os campos de estágio de seus alunos e designar os Assistentes Sociais responsáveis por sua supervisão.

Parágrafo único - Somente os estudantes de Serviço Social, sob supervisão direta de Assistente Social em pleno gozo de seus direitos profissionais, poderão realizar estágio de Serviço Social.

Art. 15 - É vedado o uso da expressão "Serviço Social" por quaisquer pessoas de direito público ou privado que não desenvolvam atividades previstas nos arts. 4º e 5º desta Lei.

Parágrafo único - As pessoas de direito público ou privado que se encontrem na situação mencionada neste artigo terão o prazo de noventa dias, a contar da data da vigência desta Lei, para processarem as modificações que se fizerem necessárias a seu integral cumprimento, sob pena das medidas judiciais cabíveis.

Art. 16 - Os CRESS aplicarão as seguintes penalidades aos infratores dos dispositivos desta Lei:

I - multa no valor de uma a cinco vezes a anuidade vigente;

II - suspensão de um a dois anos de exercícios da profissão ao Assistente Social que, no âmbito de sua atuação deixar de cumprir disposições do Código de Ética, tendo em vista a gravidade da falta;

III - cancelamento definitivo do registro, nos casos de extrema gravidade ou de reincidência contumaz.

§ 1º - Provada a participação ativa ou conivência de empresas, entidades, instituições ou firmas individuais nas infrações a dispositivos desta Lei pelos profissionais delas dependentes, serão estas também passíveis das multas aqui estabelecidas, na proporção de sua responsabilidade, sob pena das medidas judiciais cabíveis.

§ 2º - No caso de reincidência na mesma infração no prazo de dois anos, a multa cabível será elevada ao dobro.

Art. 17 - A Carteira de Identificação Profissional expedida pelos Conselhos Regionais de Serviço Social - CRESS, servirá de prova para fins de exercício profissional e de Carteira de Identidade Pessoal, e terá fé pública em todo o território nacional.

Art. 18 - As organizações que se registrarem nos CRESS receberão um certificado que as habilitará a atuar na área de Serviço Social.

Art. 19 - O Conselho Federal de Serviço Social - CFESS será mantido:

- I por contribuições, taxas e emolumentos arrecadados pelos CRESS, em percentual a ser definido pelo fórum máximo instituído pelo art. 9º desta Lei;
- II por doações e legados;
- III por outras rendas.

Art. 20 - O Conselho Federal de Serviço Social - CFESS e os Conselhos Regionais de Serviço Social - CRESS contarão cada um nove membros efetivos: Presidente, Vice-Presidente, dois Secretários, dois Tesoureiros e três membros do Conselho Fiscal, e nove suplentes, eleitos dentre os Assistentes Sociais, por via direta, para um mandato de três anos, de acordo com as normas estabelecidas em Código Eleitoral aprovado pelo fórum instituído pelo art. 9º desta Lei.

Parágrafo único - As delegacias seccionais contarão com três membros efetivos: um Delegado, um Secretário e um Tesoureiro, e três suplentes, eleitos dentro os Assistentes Sociais da área de sua jurisdição, nas condições previstas neste artigo.

Art. 21 - (VETADO).

Art. 22 - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais terão legitimidade para agir contra qualquer pessoa que infringir as disposições que digam respeito às dignidade e ao prestígio da profissão de Assistente Social.

Art. 23 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 24 - Revogam-se as disposições em contrário e, em especial, a Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957.

Brasília, 7 de junho de 1993, 172º da Independência e 105º da República.

ITAMAR FRANCO

Walter Barelli

Publicada no Diário Oficial da União de 08 de junho de 1993.

**ESTADO DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
GERÊNCIA DE ESPECIALIZAÇÃO E PROJETOS ESPECIAIS**

O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

MIRIAM DOLORES MORESCO SILVA

**Florianópolis
1998**