

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

***A IMPORTÂNCIA DA REDE DE RELAÇÕES PARA
RECUPERAÇÃO DO PACIENTE - UMA EXPERIÊNCIA NA
CLÍNICA CIRÚRGICA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ
DOUTOR HOMERO DE MIRANDA GOMES - HRSJHMG***

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO AO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA, ORIENTADO PELA PROFESSORA VERA MARIA
NOGUEIRA, COMO REQUISITO FINAL À OBTENÇÃO DE TÍTULO DE
ASSISTENTE SOCIAL, ELABORADO PELA ACADÊMICA ANA PAULA
BARCELOS ADÃO.**


Marly Venzon Tristão
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSB/UFSC

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 2000.

BANCA EXAMINADORA

VERA MARIA RIBEIRO NOGUEIRA



ASSISTENTE SOCIAL

RENATA HELENA RIBEIRO FERNANDES

ASSISTENTE SOCIAL

REJANE MARIA DE ASSIS ALBUQUERQUE

ENFERMEIRA

NOTA DE BANCA: _____

FLORIANÓPOLIS, 07 DE DEZEMBRO DE 2000.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Ter-me iluminado e protegido durante todo o meu caminhar de acadêmica. Ele sabe que foi difícil, mas consegui, pois Ele sempre esteve ao meu lado;

A meu esposo, Edilson, e á meus filhos, Wellington e Ewerton, por todo apoio e compreensão nas horas em que precisei me fazer ausente. Saibam que o que fiz e faço é pensando em vocês;

A meu pai (in memorian), que, com toda certeza, está muito orgulhoso com essa minha conquista;

À minha mãe, que, durante toda minha vida acadêmica sempre me apoiou e orou nas horas em que as dificuldades me desanimaram. Á ela, meu reconhecimento sincero, e a meus irmãos, que torceram durante todos esses anos para que eu conseguisse 'chegar lá';

À minha amiga Sandra, que sempre me apoiou, e compreendeu meus dias de mau humor, minha sincera gratidão;

Às amigas do setor de Serviço Social, em especial à Renata, que jamais deixou de transmitir seus conhecimentos, respeitando e compreendendo minhas limitações e, que, durante essa vivência, tornou-se mais que uma supervisora, transformou-se numa grande amiga;

A todos os professores e professoras do Curso de Serviço Social, os quais contribuíram para minha formação profissional, direta e

indiretamente. Em especial, às professoras Vera, Heloísa e Edaléa, por compartilharem seus conhecimentos dentro e fora das salas de aula;

A todos do Hospital Regional de São José – Direção, funcionários e amigos que lá encontrei, e em especial a todos da Clínica Cirúrgica - Unidade 5B°;

SUMÁRIO

| | |
|-----------------|----|
| Introdução..... | 01 |
|-----------------|----|

CAPÍTULO I - O PROCESSO SAÚDE DOENÇA

| | |
|--|----|
| 1.1 Conceituando e Contextualizando o Processo Saúde/Doença..... | 06 |
| 1.2 O Estar Doente ou adoecer?..... | 10 |
| 1.3 O Hospital..... | 13 |

CAPÍTULO II - A REDE DE RELAÇÕES

| | |
|--|----|
| 2.1 A Importância da Rede de Relações para a Recuperação Paciente... | 18 |
| 2.2 Paciente..... | 25 |
| 2.3 Família..... | 29 |
| 2.4 Equipe de Saúde..... | 33 |

CAPÍTULO III - O SERVIÇO E A SAÚDE

| | |
|---|----|
| 3.1 A Inserção do Assistente Social na Equipe de Saúde..... | 45 |
| 3.2 O Serviço Social do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes – HRSJHMG..... | 47 |

| | |
|---------------------------|----|
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 48 |
|---------------------------|----|

| | |
|--------------------|----|
| BIBLIOGRAFIAS..... | 51 |
|--------------------|----|

ANEXOS

PARA LER, REFLETIR E...

...transformar!?

“QUANDO O HOSPITAL NÃO É PARA CURAR...”

‘A proposta de ética’

É janeiro na Ilha de Santa Catarina, verão, sol, mar, liberdade, movimento energia, nas ruas, nos bares, nas praias, lá estão as pessoas comuns vivendo a estação.

É janeiro na Ilha de Santa Catarina, verão, bem longe do sol e do mar, bem longe de qualquer sinal de liberdade e da energia das ruas, dos bares e das praias... Cá estou, pessoa comum, num hospital.

Estou num hospital (um pouco mais de um mês), vi passar natal... Vi chegar ano novo... Das janelas de um hospital, na tristeza, na desesperança, na impotência de nada poder diante da cruel doença, diante da fatal constatação. Estou num hospital. É fato. Acompanho o processo da doença de meu marido (grande companheiro). É câncer, é violento, e irreversível. “Esta entregue a Deus”. Ai, meu Deus, acompanhar momentos extremos da vida de quem se ama não é fácil não, aproximar-se da morte, enfrentar a possibilidade (certeza da perda...), encarar a realidade da separação. É caminho que requer disposição, abertura, enfrentamento de limites, é caminho que nos chama ao aprendizado para transformar a dor em lição para a vida que continua, para o crescimento (Se a vida é um mistério, maior é o mistério da morte) nunca havia pensado nisso até que a vida me colocou diante da situação. E hoje, dentro dela, busco, mesmo com o coração partido, com a tristeza e dor inevitável também aprender com os acontecimentos.

Um mês de hospital! Puxa! Vivendo seu cotidiano, dá pra ver um bocado de coisas. Dá pra aprender um tanto! Dá pra se espantar outro tanto!

Ah! Sabe deus o que é um hospital... O que esta dentro de um hospital? São procedimentos, são profissionais, são ritmos, tempos, são feitos e experiências diversas, são enfim, pessoas que de uma forma ou de outra relacionam-se com a gente: o doente e a família.

No cotidiano sob os olhos dos acompanhantes, muitos são os procedimentos

Verifica sinais virtuais: como está a pressão? Tem temperatura. Hora do banho. Troca roupa de cama. É higiene oral. Faltou 'cepacol'. Fez 'xixi'. Troca fralda. Passa creme hidratante, óleo cicatrizante. Troca de posição na cama: vira pra cá, vira pra lá. "Agora não dá, tô sozinha, preciso esperar". Pega veia. Põe soro. Tudo bem. Passa tempo, movimento, escapou. Procura outra veia. Fura, põe o soro, medicamentos. Lá se foi a veia... Seria bom um "scalpe". Não foi solução. Depois de tantas veias, que aflição!

Tempo passa. "Não evacuou", laxante, lavagem, laxante. Nada! Tenta e tenta. Espera! Enfim. Passa tempo. Dia após dia.

"Não urinou". "Será infecção?". "Quem sabe precise uma sonda uretral..." que horrível! Não! Não têm outro jeito? O jeito é esperar: ufa! Passou... Voltou a urinar

E vai o tempo

"Não tá se alimentando" não consegue engolir, solução? Sonda! Dieta especial.

Ah! A sonda! Capítulo à parte... Para a alimentação agora tem bomba de infusão

Que confusão! "Quanto é mesmo o volume? E o fluxo?" Cuidado com a diarreia! A bomba de infusão é simples, mas nem sempre manuseada com eficiência. Seria falta de prática? Desconhecimento? Falta de atenção? Não sei não... Mas que apreensão!

Um dia de um leito. Uma noite de outro. Como é que se programa afinal? (E a acompanhante, atenta, fica a insegurança)

O quarto de um hospital é um duro e triste educador. Dentro dele ouvimos e vemos muito... No dia-a-dia, ao cuidarem do doente, ouvimos coisas... Boas e ruins. Agradáveis e desagradáveis. Alegres e tristes.

Na dinâmica do trabalho, dia e noite, vemos atitudes... Competentes e incompetentes. Sérias descontraídas. Afetivas e indiferentes. Criativas e repetitivas. Leves e pesadas.

Todas, enfim, coisas e atitudes que são próprias do ser humano (mas...e a ética profissional?)

É intrigante...O que determina a existência de atitudes diferenciadas?

O que faz aparecer esta ou aquela atitude entre os trabalhadores do hospital?

As diferenças existentes no tratamento ou na relação com o doente seria uma questão de Formação (técnica ou humanista)? Competência profissional? Compromisso com a pessoa? História de vida pessoal? Realização (ou falta de) pessoal e profissional? Salário? Valorização(ou desvalorização) profissional? Estrutura administrativa? Afinal: no hospital o que os profissionais vêem? O paciente? O cliente? A pessoa?

É tão simples e tão complicado para a estrutura hospitalar (e para tradição médica) entender que atrás do paciente há uma pessoa... Uma pessoa na sua totalidade (não importa o estágio da doença ou a situação de tratamento em que se encontra!)

Uma pessoa que tem uma história, que tem sentimentos, medos, dores, amores, necessidade de cuidados (físicos e afetivos!)

Uma pessoa que encara a possibilidade da vida (pela cura) ou se prepara para a realidade da morte.

Penso nisso e me pergunto:

Os profissionais de um hospital, ao lidarem diretamente com a pessoa doente, estariam preparados para acompanhar o processo da "morte anunciada" de um paciente terminal? O paciente que pode ser curado e o paciente desenganado recebem igual tratamento? O paciente idoso ou o paciente que está inconsciente?

Aquele preso ao leito, sem fala e sem movimento, como são tratados? Como são vistos? Que sentimentos e atitudes mobilizam nos profissionais que com eles se relacionam? Como é estabelecida a relação profissional e doente? Com base em que princípios? Haveria uma

conduta para pacientes que podem se recuperar e outra para aqueles que não?

Responder a essas perguntas não é tarefa simples. E este tempo em que estou num hospital tem me mostrado que a questão é delicada. Os procedimentos, atitudes, jeitos de lidar são muitos, diversos. Depende do turno, depende de cada pessoa / profissional.

Do que tenho testemunhado, noite e dia da engrenagem hospitalar arrisco dizer que, em regra, os profissionais da saúde não recebem em sua formação conteúdos para compreenderem, atuarem e ajudarem no momento extremo da vida de pacientes terminais. Momento que não envolve apenas o paciente, mas também seus familiares... Momento que não requer apenas técnica, mas um profundo sentimento de humanidade (de solidariedade por que não?)

Imagine-se num hospital! Sentimentos à flor da pele. Emocionalmente abalado. Fazendo força para compreender e aceitar a situação, sabendo que a pessoa que você ama não tem cura. Que espera apenas o momento justo para o descanso final. É neste quadro, já exausto, você houve: (falando do seu doente...)

“Não dá! Que peso! Esse paciente vai nos matar...” “Deixa ele fazer mais um xixi. Depois a gente troca” “Não adianta limpar bem, porque já já ele vai evacuar novamente” “(falando de outros doentes...)” “A sra. X chamou a noite toda. Mais de oito vezes. Eu falei pra família pedir ao médico um tranqüilizante pra ela dormir um pouco. Assim ninguém vai agüentar!” Palavras que fazem BUM! Na sua já abalada estrutura emocional, Ou não. Depois de muito meditar, de ler, de procurar, ampliar minha compreensão sobre a morte e o morrer, mais e mais percebo como o hospital não contempla satisfatoriamente esse aspecto ele é um espaço para o tratamento, para a cura e não para “ajudar a morrer...”

Se hoje faço esses apontamentos. Se escrevo tais considerações. Não o faço no sentido de recriminar ou criticar; simplesmente. Faço-o como parte de meu aprendizado sobre a morte e o morrer. Faço-o como pessoa que assume seus atos, seus sentimentos, suas diferenças, suas

dificuldades em compreender e acertar tantos acontecimentos. Faço-o sobretudo, porque a vida é agora! Agora é tudo o que temos! Agora é a possibilidade exata de aprendermos. Não posso omitir. Por isso escrevo. Por isso registro. Como forma de socializar uma experiência. Como forma de possibilitar, gerar reflexão. Como forma de tornar mais humana, expondo uma opinião. Partilhando idéias, explicitando pontos de visão, fazendo novas sínteses. Aprendendo a continuar essa aventura que é a vida. Estamos na vida para aprender. Ninguém aprende sozinho. Aprendemos com o outro, nas relações que estabelecemos. Sobretudo, aprendemos com o diferente, nas diferenças. Não importa onde estejamos: na rua, em casa, no trabalho, no lazer. Há sempre uma oportunidade de aprendizado.

Somos gente?

As oportunidades estão aí, a pipocar na nossa frente.

O que fazemos com elas? Ignoramos? Aproveitamos? Aceitamos o desafio de continuar a busca?

Depende de cada um, depende do sonho, da história, do desejo de cada um. Certamente há sempre uma escolha a fazer.

É inegável...tudo o que temos é o agora!

E agora é verão na Ilha de Santa Catarina, e estamos num hospital e, de todo modo, seguimos aprendendo. Por tudo que tenho vivido. Por tudo que tenho testemunhado. Por todos os momentos no hospital (seria na tranquilidade ou na adversidade?!). Sou muito grata a todos, pois todas as situações vividas foram (estão sendo) oportunidade de crescimento.

“Por toda a minha vida serei mais rica por essa tristeza”

(LUCIANA ESMERALDA OSTÉIA)

INTRODUÇÃO

A partir do momento em que uma pessoa é hospitalizada, ela adquire um novo status, ou seja, recebe o rótulo de paciente. E é nessa hora que ela acaba sendo despida de seus valores, de sua cultura, do seu próprio "eu".

Muitas vezes, deixa-se de tratar a "pessoa" e passa-se a tratar apenas sua doença, seu sintoma.

Essa 'anulação da identidade', muito freqüente e presente num ambiente hospitalar, leva-nos a refletir sobre a importância de se resgatar a concepção de paciente enquanto pessoa/sujeito, que possui livre arbítrio, têm valores próprios, poderes e direitos de decidir sobre sua vida, de manter sua identidade, enfim, de resgatar sua dignidade.

Devido à hospitalização, prolongada ou não, os pacientes acabam adentrando um ambiente desconhecido, com uma rotina desgastante e não bem vinda, e seus familiares, envolvidos juntamente nessa rotina, cheios de idas e vindas, do hospital para casa e vice-versa, tanto eles quanto à equipe de saúde raramente percebem os temores, ansiedades e angústias que vêm perpassando na mente dos pacientes ali internados.

A intenção de todos, seja familiar e/ou equipe de saúde, é tornar essa estada no hospital mais amena e humana. Isso é o mínimo que todas as pessoas envolvidas no processo saúde-doença de um paciente podem fazer, ou, pelo menos, procurar fazer.

A preocupação de todos deve centrar-se na qualidade de vida que o paciente têm ou terá, durante sua hospitalização, e é claro que, também do quadro clínico e da doença que no momento o afeta.

O interesse em aprofundar essa problemática surgiu durante estágio curricular obrigatório, realizado no período de maio/1999 a agosto/2000, no Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes - HRSJHMG -, está subordinado à Secretaria de Estado da Saúde, uma entidade pública, de direito privado, instituída pela Lei nº 3.765 de 31/12/70,

com jurisdição em todo território catarinense, com sede e foro na capital do Estado de Santa Catarina¹.

Os estágios, conseqüentemente a pesquisa, foram desenvolvidos na unidade 5ºB, uma unidade cirúrgica, que possui especialidades como cirurgia geral, cirurgia urológica, cirurgia torácica, cirurgia plástica e neurocirurgia.

A Clínica Cirúrgica – unidade 5ºB, possui 42 leitos, os quais encontram-se constantemente ocupados, o que também concorre para o fato de não existir um atendimento efetivo das necessidades emocionais básicas, tanto do paciente ali internado quanto dos familiares que o acompanham, ou seja, é a ausência, intencional ou não, de um suporte técnico, social e emocional que atenda as reais necessidades daqueles que ali estão – doentes/familiares.

Sua equipe é composta por dois (02) enfermeiros e trinta (30) técnicos e auxiliares de enfermagem, divididos nos três turnos, e conta também com duas (02) escriturárias.

Podemos destacar algumas características da unidade, tais como:

- a assistência ali prestada é altamente especializada e integral;
- a média de permanência dos pacientes é de sete (07) dias;
- os tipos mais freqüentes de cirurgias são de hérnia, apendicite, gastrectomia, colilítase (pedra na vesícula);
- 80% dos pacientes possuem tumores (malignos/benignos);
- a procedência dos pacientes é, em média, 60% do interior do Estado, e os 40% restantes são procedentes da região da grande Florianópolis.

A pesquisa foi realizada de maio a agosto/2000, e podemos conceituá-la como qualitativa, que, segundo Minayo (1999), responde a questões muito particulares, e busca, num universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações que ali se engendram.

¹Histórico com maiores detalhes está contido TCC de Janine Soares Doederlein

Em dados constantes dos prontuários (dados objetivos) dos 12 pacientes entrevistados, vimos que dois eram lavradores, dois comerciantes, e os demais eram aposentados, sendo que 50% desses percebem um salário mínimo mensal.

Obtivemos, ainda, informações que 100% desses eram casados e possuíam dois ou mais filhos; 85% não possuíam o 1º grau completo; 90% deles tinham idade superior a cinquenta anos, e todos eram pacientes potencialmente cirúrgicos, dos quais 45% já possuíam diagnósticos comprovados (biópsia) de tumor maligno, mas desconheciam o fato.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos através de alguns critérios: a) tempo de permanência na unidade, que estivesse ultrapassando 15 dias; b) que esta permanência fosse uma reinternação.

O diagnóstico não influenciou na escolha, pois poderia ser uma doença degenerativa ou não, desde que cumprisse o critério da letra a.

Foram realizadas também entrevistas com a equipe de profissionais que atuam na unidade, sendo que duas eram enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, uma escrituraria e dois médicos. Vale dizer que os médicos não devolveram suas respostas.

Através das entrevistas semi-estruturadas, as quais nos oportunizaram indagar e, ao mesmo tempo, obter, espontaneamente, a formulação de outras perguntas através das respostas concedidas pelos entrevistados.

Obtivemos respostas que servirão de ilustrações para as categorias definidas neste trabalho², das quais seis foram realizadas com profissionais que atuam na unidade de referência do presente trabalho e, como já citado, com 12 pacientes também ali internados.

Entendendo que as relações estabelecidas entre o paciente e o seu "em torno", inclusive com a instituição hospitalar, onde as relações são construídas no cotidiano de todos os envolvidos nessa *rede*, pretende-se dar ênfase na falta de compreensão dessa, sua importância e a visualização

²Todos os nomes revelados, sem exceção, são fictícios.

das dificuldades inerentes à questão do processo saúde-doença, em que se acaba percebendo a instituição hospitalar, não apenas como mero depósito de doentes e/ou lugar ideal para morrer, mas como a possibilidade concreta de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Pretendemos com o trabalho, compreender, ainda que de forma exploratória, os elementos que interferem na construção dessa *rede de relações* que é desenhada no ambiente hospitalar, numa perspectiva de resgatar quais os aspectos componentes de como se dá essa *rede*, as situações que a influenciam ou que a determinam, construção essa que favorecerá no processo da saúde e/ou cura do paciente hospitalizado e na forma como esses reagem diante da mudança radical que acaba de ocorrer em suas vidas.

Durante a realização do trabalho, a preocupação foi priorizar, sempre, como o paciente internado deve ser visto, ou seja, de forma integral, sendo ele o 'alvo' na ação de qualquer profissional dentro de uma unidade hospitalar. Não nos esquecendo, é óbvio, de seus familiares, que devem ser envolvidos nesse processo, muitas vezes longo (internação, recuperação), fazendo-se portanto, imprescindível o reconhecimento da importância dessa *rede de relações*.

Este Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Serviço Social contém, em seu primeiro capítulo, conceitos sobre o processo saúde-doença, e discorre, também, sobre o adoecer, como se dá esse reconhecimento – estar doente-, seja pela visão do meio médico, seja pela visão do próprio paciente.

Finaliza-se o citado capítulo, falando brevemente sobre as mudanças que perpassaram a instituição 'Hospital' ao longo dos tempos e como se caracteriza esse ambiente hospitalar no cotidiano do paciente.

O segundo capítulo fala sobre a importância dessa *rede de relações* para a recuperação do paciente, enfatizando aspectos físicos, sociais e psicológicos que a envolve. Aborda, ainda, a importância do papel da família nesse processo saúde-doença. E finaliza trazendo algumas considerações

relevantes sobre a equipe de saúde e sua importância nesse processo saúde-doença.

O terceiro e último capítulo fala sobre a inserção do Assistente Social na equipe de saúde e discorre, também, sobre o Serviço Social dentro do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes-HRSJHMG.

CAPÍTULO I

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Neste capítulo, abordaremos o processo saúde-doença, enfatizando o conceito, a questão do adoecer e o ambiente hospitalar.

1.1 Conceituando e Contextualizando o Processo Saúde-Doença

Segundo Valle e Françoso (1997), o conceito de saúde tem sido discutido desde a Antiguidade, na Grécia, com Hipócrates (460-377 a.C.), tido como “o pai da medicina”, e vem evoluindo a partir do reconhecimento dos fatores que influenciam esse processo. Para ele, a doença seria um desequilíbrio de humores corporais em consequência das disposições naturais e ações atuais do paciente e das influências do meio ambiente sobre ele. Portanto, a partir dessa concepção, mente e corpo passaram a ser considerados pela medicina. Com o declínio da cultura e das ciências, na Idade Média, as concepções e práticas médicas passaram a receber influências religiosas, quando as funções mentais passaram para o domínio dos sacerdotes, e os problemas do corpo ficaram sob o domínio dos médicos. Isso porque, na época, as doenças mentais eram vistas como provenientes de influências demoníacas.

Dizem-nos, ainda, que no Renascimento, as concepções de saúde foram conduzidas por uma orientação humanística, e os temas seguiram para o modelo das Ciências Naturais, no qual as relações explicativo-causais serviam para todos os fenômenos da natureza, incluindo o homem e tudo que a ele se relacionava. Entre 1596 a 1650, Descartes reforçou tais idéias e, segundo ele, a doença mental ou física devia sempre ser investigada a partir do campo da Física e das Ciências Naturais.

Mas a partir de Dilthey, foi atribuída uma nova dimensão para as questões humanas, que passaram a ser focalizadas no sentido de compreensão, e não de explicação. Essa visão compreensiva foi manifestada no campo da medicina, por Freud, e o que chamou a atenção dos estudiosos foi à relação de sentido que as reações humanas (normais ou patológicas) guardavam entre si. E, a partir disso, a história de vida dos indivíduos passou a ter um valor para a compreensão de sua vida, de sua saúde e do seu adoecer. (Dilthey, 1911 apud Valle, Françoso, 1997, p.62),

Para Mello (1988) as descobertas científicas na área da microbiologia, da anatomia patológica e da fisiologia passaram a garantir às concepções materialistas da medicina e a manutenção de sua dimensão explicativa. (Mello, 1988 apud Valle, Françoso, 1997)

Costa (2000) nos diz que, existe a tendência de se definir saúde enquanto ausência de doença, mas, com as mudanças nas concepções de saúde-doença através dos tempos, podemos afirmar que esses conceitos é que estruturam a moderna assistência à saúde, mesmo que ainda não tenhamos conseguido superar o modelo médico, ainda hegemônico, pois o sistema de saúde deveria articular suas ações com as demais políticas sociais, que intervêm nas condições de vida da população, como, por exemplo, a habitação, o saneamento básico, as condições de trabalho, a educação para todos, etc.

Para Domingues (1998) nem sempre estamos totalmente saudáveis, e nem sempre totalmente doentes, pois para ele, a doença é um processo global, individual, dinâmico e variável, que tem conseqüências de múltiplas influências, as quais podem ser favoráveis ou não, e que se denomina Processo Saúde Doenças (PSD). Os vários fatores que influenciam nesse processo são: a família, o meio ambiente, a economia, a política, a educação, o lazer, etc...

Podemos dizer, então, que a saúde não é algo atingível, de caráter estável, de permanência, pois, se assim fosse, teríamos que dar ao corpo tudo o que ele nos pede e, como isso não é possível, então saúde é uma

questão de adaptar-se continuamente*.

Para Desjourns (1986), saúde é quando cada homem, cada mulher ou criança possui meios de traçar seu próprio caminho pessoal e original em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. (Desjourns,1986 apud Valle, Françoso,1997)

Outros autores, como Rodolfo V. Carvalho e Ana Rosa Plecovich, trabalham o conceito de saúde numa visão ecológica, isto é, os fatores relacionados com o meio ambiente físico e social onde vivem esses seres humanos, é que irão influenciar no processo saúde/doença*.

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) data de 1946, e nos diz que "a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doenças" *.

Apesar desse conceito estar ultrapassado, e ter sido retomado, temos que reconhecer que ele foi formulado no pós-guerra e, para a época, era bastante avançado, pois já tinha a visão da saúde como uma questão social mais ampla*.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi aprovado um novo conceito de saúde, agora este interligado com as condições de vida e trabalho do indivíduo.

Considerando o que está disposto na Constituição Federal do Brasil de 1988, na Sessão II, que fala especificamente da saúde, citamos:

... saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (artigo 196-CF/88)

Concluimos, então, que o direito à saúde é, também, uma relação política, pois, após a Constituição de 1988, a qual foi chamada de

*Todos os parágrafos marcados com asterísticos, são informações obtidas através de uma aula assistida no Mestrado de Enfermagem sobre as 'Concepções de Saúde', em 22.10.00

“Constituição Cidadã”, todos passam a ter direito à saúde, pois, antes dela, só tinha acesso à saúde quem trabalhava no mercado formal.

Se partirmos dos princípios básicos do SUS, que são: universalidade/integralidade/eqüidade, os quais, teoricamente, colocam todos no mesmo patamar de direitos, podemos dizer, então, que a saúde é para todos, pois, quando se fala em *eqüidade*, devemos ter a visão de que essa igualdade deve acontecer nas diferenças, ou seja, o ser pobre, rico, branco, preto, etc., não importa, todos temos os mesmos direitos.

A concepção de saúde deixou de ser apenas bio-psíquica, passando a ser, então, não mais apenas ausência de doença, devido à ampliação em sua concepção.

Hoje, saúde é o estado de bem estar do indivíduo, e, em seu § 3º, a Constituição nos coloca que a saúde é uma questão de inserção de classe, ou seja, saúde, educação, moradia, etc.

Ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença (Costa, 2000, p. 47).

No Brasil, por exemplo, é paradoxal reconhecer que um indivíduo tem boa saúde, quando, na verdade, ele vive numa miséria econômica imensurável, rodeado de discriminações e cobranças infundadas, e tudo isso devido ao sistema econômico vigente no país, com uma distribuição de renda desigual e absurda, levando as pessoas a viverem numa constante falta de saúde, seja ela social, econômica e/ou política.

É comum ouvirmos a frase “eu não preciso de dinheiro, só preciso de saúde”, isso acontece devido à falta de cultura política das classes subalternizadas, que não interligam a saúde com as condições econômicas em que vivem.

Parece óbvio que a saúde seja condicionada pela nutrição, moradia, vestuário, higiene da água e dos esgotos, salubridade do trabalho, remuneração e capacidade aquisitiva satisfatórias,

fruição de lazer, educação, cultura e por outros fatores relacionados com o ambiente físico e social onde vive o ser humano. (Moura, 1989, p.48)

O desafio que se coloca contemporaneamente para a saúde pública, conseqüentemente para os profissionais, não só no Brasil, mas no mundo ocidental, consiste na proposta de programas de intervenção que realmente venham ao encontro do contexto vivido pelos indivíduos, isto é, que corresponda as suas culturas e se adaptem ao seu contexto.

A saúde, enquanto um fato bio-psíquico-social-político, requer a contribuição de diversas ciências, a fim de esclarecer, analisar, avaliar, etc... os engendramentos envolvidos nessa temática, para que juntas, possam aprofundar e/ou definir a saúde de uma única forma, ou seja, em sua interdisciplinaridade.

1.2 O Estar Doente Ou Adoecer ?

Existem várias formas de conceber saúde e doença; portanto existem, também, diferentes formas de compreender o adoecer ou o 'estar doente'.

Cada indivíduo reage para com a doença de acordo com a forma como está acostumado a lidar consigo próprio e com o que o cerca, ou seja, como ele lida com sua vida, sua forma de encará-la, de construí-la.

Assim, a forma como o sujeito irá encarar sua doença é que vai determinar as medidas que ele irá tomar para proteger-se e/ou restabelecer-se, e, até mesmo influenciará o tipo de assistência que ele buscará.

... fiquei um mês na U.T.I. e consegui sair com vida, muito bem disposto e curado, e toda minha família se envolveu. Recebi muito apoio e muito carinho... (Luis, paciente)

Como nos diz Souza (1997, p.66), "não existe um sujeito e uma doença separados, mas um sujeito que adoecer".

A doença traz consigo mudanças, que podem ser objetivas e concretas (rotina, hábitos, etc.), exigindo adaptação daquele que adoecer, e também subjetivas, pois o doente depara-se com seus limites pessoais, sua auto-imagem sofre mudanças, que podem causar-lhe medo e angústia.

Segundo Ribeiro (1993) para a medicina moderna e para o Estado, "doente é o portador de um mal conhecido que ela classifica" (p.45-47), e para que esse mal seja reconhecido, existe a exigência do exame e do diagnóstico médico, mediante o qual o doente é aceito como tal.

Já, para o doente, antes da doença ser classificada pelo médico, ele a percebe devido à perturbação que sente ao procurar seguir o ritmo normal de sua vida em suas ocupações, e, sobretudo, porque o faz sofrer. "Só é doente quem se sente, logo, só é sadio quem nada padece" (Ribeiro, 1993, p.50).

Antes de o doente ser hospitalizado, então, é necessário que essa doença seja diagnosticada, pois sua internação se dará mediante essa confirmação clínica, e a hospitalização se dará posteriormente para que seja tratado (curado) ou tecnicamente cuidado. O autor nos diz, ainda, que, quando o doente é internado, ele passa a 'exercer' seu papel de paciente, e todos à sua volta estão cientes desse papel de submissão que ele acaba de assumir.

"Um profissional ou um autônomo que ao adoecer, perde a fonte de renda, encontrará maiores dificuldades em aceitar a enfermidade" (Pinkuss, 1998, p.40), pois a impossibilidade na realização de suas funções profissionais e/ou cotidianas leva-o a ter uma reação adversa ao seu estado emocional normal, o que acaba, também, diminuindo sua motivação no processo de recuperação.

O doente sente-se inseguro e impotente, principalmente quando é o provedor da família e do seu próprio sustento. Acaba sentindo-se inútil, e, o que é pior, um "estorvo" para aqueles que sempre necessitaram de seu auxílio, ou seja, seus dependentes diretos e indiretos.

A doença e, conseqüentemente, a hospitalização, geram grandes dificuldades, seja com relação à renda da família, seja com relação à quebra das rotinas diárias, pois “adoecer, nesta sociedade, é, conseqüentemente, deixar de produzir, e, portanto, de ser; é vergonhoso, logo, deve ser ocultado e excluído, até porque dificulta que os outros familiares e amigos também produzam” (Pitta, 1990, p.37).

A gravidade da doença leva à necessidade de tratamento contínuo e sistemático, o que acaba dificultando o retorno do paciente à atividade profissional, e isso ocasiona um decréscimo na renda familiar, pois passa a receber auxílio previdenciário, quando tem direito ao mesmo.

“O medo e a preocupação podem variar consideravelmente de paciente para paciente (...). Esses sentimentos são reações biologicamente apropriadas à ameaça de perigo ou perda” (Tähka, 1988, p.33).

O paciente merece e deve ser visto como alguém que está doente, ou seja, integralmente (corpo e mente), e não como um órgão doente, pois sabemos que a enfermidade desequilibra, tanto o físico quanto o emocional do ser humano.

Depende, “cada caso é um caso”, depende do quadro clínico (doença), questão social, idade, sexo, momento do paciente; claro que vai interagir com o meu momento, mas, na maioria das vezes, dele. Nós somos treinadas para lidar com o paciente, independentemente de nosso estado emocional. (Soraia, Enfermeira)

Existem várias formas de definir enfermidade. Por exemplo, o Dicionário Aurélio (1999) define-a como debilidade, doença, ou outra causa que produza fraqueza.

Mas pode ser definida como um estado de perturbação no funcionamento “normal” do indivíduo em geral, incluindo, tanto o estado do organismo como um ser biológico, quanto o estado de seus ajustamentos pessoais e sociais. Portanto, é vista como uma forma de afastamento “social”, que requer tratamento através de mecanismos de controle social, no caso, o hospital.

A pessoa doente, dependendo de seu quadro clínico, espera uma isenção das responsabilidades normais do papel social, passando para outrem, de forma legitimada, pois se encontra impossibilitada de exercer seu papel na sociedade. Chega até a eximir-se da obrigação de “ser responsável”, por causa de sua doença.

Obviamente que toda pessoa doente queira ficar boa, pois sabe que o ‘estar doente’ é visto como indesejável na sociedade capitalista.

Também se espera que uma pessoa doente sinta-se compelida a se submeter à ajuda tecnicamente competente. É claro que essa segregação é verdadeira até um certo momento, pois, quando percebe que seu caso está demorando em obter um desfecho, seu estado emocional acabará levando-a a sentir-se deprimida e abalada.

Pode-se, também conceituar o papel de doente, enquanto este ligado especificamente à visão de que a “doença” é um rótulo social para o estado de estar mal, ou “não saudável”, e esse estado de “não saudável” pode envolver três situações, quais sejam: incomodo físico (refere-se às capacidades físicas); enfermidade (englobando significados subjetivos ou psicológicos); doença (refere-se ao aspecto social). (Twadle, 1979)

1.3 O Hospital

Segundo o dicionário Aurélio, ‘*hospital* é o estabelecimento onde se tratam doentes, pessoas acidentadas, etc., internados ou não; nosocômio’.

*Ah! Sabe Deus o que é um hospital...
O que está dentro de um hospital?
São procedimentos, são profissionais, são ritmos, tempos...
São feitos e experiências diversas! (L.E.O.)*

Gerber (2000) tece algumas considerações sobre este espaço muito relevante para o nosso trabalho. A autora faz um breve relato histórico das fases pelas quais passou o hospital, o qual, até o final do século XVIII, não era um instrumento terapêutico, mas, sim, local de exclusão, nocivo à

sociedade, onde a cura era limitada, e a medicina voltada para uma prática não hospitalar (Focault). Assim sendo, o hospital era um “morredouro”, mas, também, um espaço religioso.

Com o advento da medicina higienista, o hospital tornou-se um instrumento terapêutico, com o qual o médico curava, e, conseqüentemente, beneficiava a comunidade, pois ali as pessoas eram curadas para voltarem a ser produtivas.

Assim, o hospital evoluiu com regras rígidas, às quais eram submetidos os pacientes e seus familiares, e onde a morte era negada, escamoteada, escondida, e os rituais do nascer e morrer eram cercados de mistérios, e, nesse contexto, a dimensão humana do atendimento foi-se perdendo em detrimento da tecnologia. (Ribeiro,1985)

É nesse local que o paciente é acometido do “Processo de despojamento”, ou seja, sua identidade lhe é destituída e ele torna-se um corpo doente que necessita de cuidados.

Em contrapartida, a equipe de saúde, que lida com ele, acaba sofrendo um processo de pseudo-indiferença para com o sofrimento alheio, pois seu cotidiano é marcado por tantas tragédias que, para se autoprotegerem do sofrimento, muitas vezes, acabam passando uma imagem de insensíveis, como se tudo fosse naturalmente aceitável e cotidiano em suas vidas. (Ribeiro,1985)

... muitos são os procedimentos. Verifica sinais virtuais: como está a pressão? Tem temperatura? Hora do banho. Troca roupa de cama. É higiene oral. Faltou 'cepacol'. Fez 'xixi'. Troca fralda. Passa creme hidratante, óleo cicatrizante. Troca de posição na cama: vira pra cá, vira pra lá. "agora não dá, to sozinha, preciso esperar (L.E.O)

Mas é só faz de conta, pois não existe indiferença perante o sofrimento daqueles a quem dedicam suas vidas, mesmo aqueles que não fazem por opção, pois é impossível para alguém permanecer insensível diante da aflição de outrem.

Na Idade Média, a saúde, e, conseqüentemente, o hospital, recebia influência religiosa, razão pela qual era visto como local de penitência, de caridade e de misericórdia.

Já, a partir do século XVIII, com a incorporação do cientificismo da medicina, passa a ser um lugar de tratamento e recuperação.

Mas foi só na metade do século XX, com a produção industrial dos quimioterápicos e de equipamentos, que ele adquire características e missões novas, próprias do hospital contemporâneo.

Sua imprescindibilidade social é absoluta. São poucas as instituições sociais que gozam de tanto reconhecimento público como o hospital. (Ribeiro, 1985, p.27)

“É no hospital que se proporcionam cuidados que já não são mais viáveis em casa”, ou seja, é um centro médico onde se cura e se luta contra a morte. É também um local onde os profissionais encontram-se em permanente qualificação, independentemente de ser uma escola. (Schraiber, 1989, p.102 apud Ribeiro, 1985, p.29)

Depois de muito meditar, de ler, de procurar, ampliar minha compreensão sobre a morte e o morrer, mais e mais percebo como o hospital não contempla satisfatoriamente esse aspecto. Ele é um espaço para tratamento, para a cura e não para “ajudar a morrer...” (L.E.O.)

Souza (1997, p.56) faz algumas interrogações de grande relevância para o nosso estudo:

“a) deve o sistema hospitalar contentar-se em efetuar atos técnicos?

b) não seria seu papel salvaguardar a integridade física, emocional e espiritual dos pacientes?”.

A mesma autora nos responde: para que isso aconteça, é necessário que ocorra uma profunda reforma nas relações do hospital com a comunidade a que vem servindo.

Não podemos deixar de falar sobre o avanço tecnológico, o qual, apesar de ter-nos trazido vários conhecimentos antes nem sonhados, como,

por exemplo, o bebê de proveta, trouxe também a fragmentação do profissional médico, pois fez surgirem os chamados *especialistas*⁶, os quais, diferem da figura dos médicos de família de antigamente, que acompanhavam a pessoa ao longo da vida, que tratavam de todas as doenças, das mais antigas às mais recentes, que conheciam sua família, que sabiam onde ela morava, no que trabalhava, etc. (Jatene, 1999).

O autor, nos diz ainda, que, todas essas mudanças, no mundo do trabalho, levaram o médico a transformar-se em assalariado, e, como tal, obrigado a trabalhar em duas ou mais instituições ao mesmo tempo, para poder obter uma remuneração mais condizente com o status que a medicina lhe traz. Rompe-se, assim, o vínculo entre o médico – aquele que presta o serviço – e o paciente – aquele que o recebe –, conseqüentemente, diminuindo a responsabilidade de quem presta o serviço para com quem o recebe.

Para ele, existe uma grande diferença entre o médico e o técnico; o médico é aquele que trata das pessoas com suas preocupações, aflições, medos e inseguranças. Já o técnico é aquele que se preocupa mais com a doença, e menos com a pessoa do doente. O ideal seria trabalhar as duas dimensões concomitantemente.

O hospital se insere dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual têm como objetivos centrais à cura e o tratamento de doenças.

Em 1985, Herval Pina Ribeiro, à época, Secretário de Medicina Social do Instituto Nacional do Ministério da Previdência Social - (INAMPS), preocupado com a questão do ambiente hospitalar, elaborou um projeto, transformado em portaria pelo então Ministro da Previdência, que dava direito de acompanhamento familiar aos doentes nos hospitais públicos e contratados pelo antigo INAMPS.

O projeto enfatizava o fato de que, quando se é familiar ou internado (paciente), acaba-se tendo um outro olhar para o hospital, pois dor e sofrimento acabam confundindo-se com um forte sentimento de exclusão

⁶ Especialistas- 'pessoas que se dedicam a um ramo de sua profissão', por gosto e afinidade

física, social e culpa, pois a instituição hospitalar, além de submeter o indivíduo a uma submissão, segrega-o.

*Imagine-se num hospital!
Sentimentos à flor da pele, emocionalmente abalado.
Fazendo força para compreender a situação...(L.E.O.)*

É preciso que ocorra uma mudança de valores, pois sabemos que, tradicionalmente, a ciência é supervalorizada, e a experiência pessoal, muitas vezes, menosprezada em nossa sociedade.

No próximo capítulo, abordaremos a importância da *rede de relações* para recuperação do paciente, esta composta pelo paciente, pela família e pela equipe de saúde.

CAPÍTULO II

A REDE DE RELAÇÕES

Neste capítulo daremos ênfase a respeito da importância da *rede de relações* na recuperação do paciente, mostrando o papel da família e da equipe de saúde no processo saúde-doença.

2.1 Importância da rede de relações para a recuperação do Paciente

Com a hospitalização, o paciente passa a fazer parte de um novo meio social - o hospital - e também passa a conviver com a equipe de saúde, a qual, a partir desse momento, desempenhará um papel muito importante e imprescindível em sua vida.

Serão pessoas desconhecidas a fazer parte desse seu novo cotidiano, num ambiente muitas vezes avesso à vontade do paciente. Essa poderá ser uma relação de amizade, cumplicidade e respeito mútuo; tudo dependerá do estado emocional desse paciente, da própria equipe de saúde e/ou de seus acompanhantes.

Remen (1985, p.208) nos confirma que, tanto o profissional quanto o paciente “devem estar dispostos a educar e a ser educado pelo outro, pois nenhum deles pode assumir a responsabilidade de desempenhar a sua parte na recuperação da saúde” sem que a relação entre ambos seja realmente sincera.

Segundo o mesmo autor, o profissional leva para o relacionamento o resultado de anos de estudos e experiências, com diversas técnicas e métodos disponíveis para o tratamento. O paciente traz seu conhecimento pessoal a respeito de si mesmo, como indivíduo único, e essa troca de informações é algo vital para a recuperação e/ou manutenção da saúde.

No período em que acompanhamos os pacientes internados na unidade 5ºB – Clínica Cirúrgica, tivemos a oportunidade de conhecer e intervir no caso da senhora F.A.C., 63 anos, viúva, mãe de dois filhos, sendo que um já faleceu, é pensionista, não completou o 1º grau e reside em Imbituba/SC, com o diagnóstico de uma neoplasia de retosigmoide³, e metástases no pulmão, conforme constatação em biópsia.

O médico não precisou o tempo de vida que resta para a senhora F., mas alertou a família de que, pela gravidade do quadro, não será muito longo.

A paciente “não sabia” o diagnóstico, pois, a pedido da família, o médico não lhe contou, já que segundo informações da irmã da mesma, ela sempre verbalizou que, se fosse constatado câncer, ela se suicidaria antes que a doença “acabasse” com ela. Certo dia, a irmã da paciente disse-nos:

Está muito difícil para nós encararmos essa situação, o meu sobrinho não quer nem ouvir falar o nome dessa doença. Nosso desespero é que de um jeito ou de outro, ela irá saber, pois o médico irá encaminhá-la para o tratamento paliativo⁴ no CEPON, e ela sabe o que as pessoas que vão para lá têm.

Esse “segredo de família” levava ambas as partes a sofrerem sozinhas, e era evidente para nós todos, que F. sabia de sua doença, porém procurava negar⁵. Conversamos mais um pouco com a irmã de F., porém no sentido de fazê-la preservar-se e cuidar-se para que pudesse auxiliar sua irmã, e nos colocamos à disposição para continuarmos conversando sempre que precisasse.

Cada vez mais caracteriza-se a importância da ‘rede de relações’ no processo saúde/doença, pois a complexidade dos problemas a serem enfrentados só poderá ter resultados positivos caso haja uma participação ativa de todos os envolvidos nesse processo, pois, além de todos se

³Câncer no intestino

⁴Significa tratamento prestado aos pacientes que tem sua vida completa e irreversivelmente comprometida pela enfermidade, e aos quais já não são devidos novos tratamentos médicos, e não lhes pode ser negados os cuidados.

⁵Negação é uma das três fases que perpassa um paciente terminal.

beneficiarem, seja a família, seja a equipe de saúde, seja a própria instituição hospitalar, o maior beneficiado será o paciente.

Com a doença e, conseqüentemente, a hospitalização, o paciente passa a ser dependente de sua família e/ou de seus amigos; assim, sente-se envergonhado e desprestigiado, pois sua posição social decai, e, quando já tinha uma condição financeira humilde, o quadro piora.

Esse sentimento de impotência e de dependência, acaba deixando o paciente com o estado emocional abalado, o que, muitas vezes, pode levá-lo ao agravamento do quadro clínico, e até mesmo a uma demora não esperada e desejada de um restabelecimento parcial ou total do doente.

Quando o paciente expõe seu sofrimento, ele não apenas revela sua dor, mas, também, a forma como os valores lhe estão incutidos, e até mesmo como ele percebe o mundo que o rodeia. E, mesmo que não consigamos dimensionar o que ele sente, o seu sofrimento, é-nos possível compreender, tamanha é a expressão de desespero que dele toma conta.

*... aprendemos com o diferente, nas diferenças...
as oportunidades estão aí, a pipocar na nossa frente.
O que fazemos com elas? Ignoramos? Aproveitamos?...(L.E.O.)*

Gauderer (1998) nos diz que, quanto mais o paciente for bem informado pela equipe de saúde quanto à sua situação clínica, mais ele será valorizado, pois poderá tomar suas próprias decisões, e, com certeza, mais adequadas ao seu estado emocional atual, pois ninguém melhor que ele próprio para saber como está se sentindo e decidir sobre si; isso é claro, se ele estiver em condições clínicas favoráveis.

No artigo 6º § 52, da Constituição Federal do Brasil, está garantido que:

Conceder-se-á hábeas data para assegurar ao brasileiro o conhecimento de informações relativas à sua pessoa, constante de registros ou banco de dados de entidades governamentais ou de caráter público.

O paciente e/ou seu responsável pode e deve ter acesso ao seu prontuário médico, direito garantido por lei.

Percebe-se uma grande diferença entre os pacientes que sabem o diagnóstico de sua doença e aqueles que ainda não o conhecem. É claro que quando sabemos e compreendemos a doença que nos afeta, o grau de ansiedade e o medo é muito menor.

O ideal, quando possível clinicamente, seria que o paciente tivesse conhecimento do que está acontecendo com o seu corpo, e que, a partir disso ele mesmo tome as decisões sobre sua vida, pois "antes de mais nada, trata-se da sua vida; com certeza, a doença afeta a todos, mas o paciente é quem deve tomar as decisões importantes a respeito de sua vida ou morte" .(Simonton, 1990, p. 52)

...é tão simples e tão complicado para a estrutura hospitalar (e para tradição médica) entender que, atrás do paciente, há uma pessoa...uma pessoa na sua totalidade (não importa o estágio da doença ou a situação de tratamento em que se encontra!)

Uma pessoa que tem história, que tem sentimentos, medos, dores e amores.

Uma pessoa que encara a possibilidade da vida (pela cura)

Ou se prepara para a realidade da morte. (L.E.O.)

O paciente hospitalizado sente-se afastado do mundo daqueles que produzem, e isso acaba levando-o a introjetar um sentimento de inutilidade, e também o leva ao afastamento das pessoas queridas, pois está ali, "trancado", num ambiente estranho, impessoal, autoritário e contraditoriamente protetor, o que só faz agravar essa culpa e esse sentimento de segregação.

Em alguns casos, os pacientes ficam internados por um período consideravelmente longo, a fim de serem submetidos a exames de esclarecimentos clínicos para posterior intervenção médica, pois, só a partir do resultado desses exames exploratórios, é que o médico poderá prescrever algum tipo de tratamento ou indicar uma cirurgia. Porém, a impaciência acaba tomando conta desses pacientes, que permanecem internados por um período longo e, algumas vezes, desnecessário. Além de

ocupar um leito que poderia estar sendo utilizado por outrem, causa-lhes insatisfação total e, conseqüentemente estresse.

A relação paciente/instituição/equipe de saúde, foi analisada por estudiosos no que concerne ao 'direito do paciente'⁶, constatando-se situações nas quais esses direitos eram tolhidos:

▶ *Afastamento da família na hora da internação* – há, atualmente, estudos que comprovam que trazer a família para junto do paciente adulto colabora, e muito, na terapêutica.

Observou-se, durante o estágio na Clínica Cirúrgica 5ºB, que só permitiam serem acompanhados os pacientes que, no momento, necessitavam de acompanhamento sistemático, os chamados pacientes dependentes, ou aqueles que passaram por uma intervenção cirúrgica e necessitavam desse acompanhamento, pelo menos nas primeiras vinte e quatro horas pós-cirurgia.

A justificativa do corpo técnico de enfermagem para a não autorização de acompanhamento intensivo para todos os pacientes internados se dava pelo fato de os quartos serem 'pequenos' e não possibilitarem a permanência de muitas pessoas no mesmo local, pelo risco de infecção. Vale dizer que os quartos possuem dois ou três leitos cada.

Se analisarmos do ponto de vista técnico e de espaço físico, é claro que, por exemplo, no caso dos quartos com três leitos, dobraria para seis o número de ocupantes, mas, se analisarmos o sentido humano, justo e de direito, todos os pacientes, independente de seu estado físico crítico ou não, poderiam ter alguém de sua confiança e maior afetividade ao seu lado, pois a doença mexe, não somente com a questão física das pessoas, mas também, com a questão emocional, e nada melhor do que ter alguém que amamos sempre ao nosso lado nesse momento tão difícil que é a hospitalização;

⁶Esses direitos (anexo1) estão definidos segundo a comissão de Credenciamento de Organizações Hospitalares, 1985, os quais foram compilados pelo médico Christiam Gauderer em seu livro "Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência", onde nos lista vários direitos adquiridos, mas que muitas vezes não o vemos respeitados.

▶ *Exposição e manipulação pública do corpo* - o paciente não está acostumado a se expor. Em se tratando de hospital público, onde os quartos são espaços comunitários, conhecidos como enfermarias, é, no mínimo, desagradável para o paciente ter seu corpo 'revirado' e à exposição, não só da equipe de saúde, que, apesar de ser obrigatório não deixa de ser constrangedor, mas, também para os demais pacientes que ocupam os outros leitos;

▶ *Infantilização do adulto* - a equipe de saúde, muitas vezes, utiliza-se de diminutivo, quando vai tratar o paciente adulto (perninha, sopinha, pijaminha, etc.), isso porque acredita que esse tipo de tratamento irá 'quebrar o gelo', e procura ser afetuosa e gentil;

▶ *Não chamar o paciente pelo nome é comum no tratamento*: o leito nº tal, aquele paciente da doença tal, e uso de apelidos tipo SPP (Se Parar, Parou), ou síndrome JEC (Jesus Está Chamando). É claro que esse tipo de atitude não é consenso na equipe de saúde; acreditamos até que seja uma forma do profissional de se deixar abalar pelo sofrimento alheio, apesar de que nos parece uma falta de respeito e empatia indescritíveis;

▶ *Quando o prognóstico é reservado* - a comunicação da gravidade da doença é adiada, muitas vezes disfarçada, e não se diz para o paciente a verdade, continuando a tratá-lo como se não fosse nada grave, ou seja, "não se fala com todas as letras" sobre a sua real condição clínica;

▶ *Afastamento da equipe de saúde na iminência da morte* - são poucos os que, na equipe, têm suporte emocional para acompanhar todos os momentos do morrer.

Como nos diz Gauderer (1998), é preciso que primeiro resolvamos nosso medo e nossa angústia perante a nossa morte, para só depois conseguirmos encarar a de outros com coragem e respeito.

O desamparo sentido pelo paciente diante da indiferença que o profissional da saúde imprime à sua dor e perante seu diagnóstico, com a desculpa de que esse sofrimento diz “respeito apenas à sua pessoa e aos seus familiares” (Camon, 1998, p.45), faz com que mais e mais se fortaleça a barreira existente entre paciente e equipe de saúde, pois cada qual tem um papel específico a cumprir, isto é, um deve deixar-se ser cuidado (paciente); o outro deve apenas cuidar (equipe de saúde), e a família deve apenas apoiar, sem interferir muito para não atrapalhar o processo.

Gadamer (1994), ao analisar as fases na forma de relação equipe de saúde-paciente, afirmou que, tanto o paciente quanto à equipe de saúde encontram-se na condição de explicar e compreender a si mesmos e ao outro e, a partir do momento em que esta assimila e assume essa compreensão, aproxima-se do paciente, e recorrerá às várias fontes que a auxiliarão nessa compreensão da situação, inclusive sua própria história de vida.

Aproximar-se do paciente, significa, realmente, compreender e aceitar suas limitações, seus medos, suas angústias diante desse momento tão complicado e delicado para todos que o estão vivenciando, e, a partir daí, dessa compreensão e dessa aproximação, é que se fortalecerá a *rede de relações*, e se tornará “visível” sua importância.

Apesar de sabermos que a relação médico-paciente, enfim, a prática profissional na saúde encontra-se, ainda, completamente rodeada de tabus, é perceptível a urgência da humanização nessa relação, pois o paciente não é apenas a doença, ele é, também, sujeito de sua própria história, e ninguém melhor que ele para esclarecer o que realmente está acontecendo com seu corpo.

É extremamente importante que os profissionais de saúde, anteriormente a uma investigação mais profunda, através de exames clínicos, escutem com real atenção o que o paciente tem para dizer-lhes, e, assim, talvez, sejam superadas algumas etapas que antecedem o diagnóstico final da doença que está afetando o paciente.

2.2 O Paciente

No Dicionário Aurélio (1999), existem várias significações para palavra *paciente*, tais como:

- o sujeito que é 'resignado, conformado';
- a 'pessoa que padece; doente';
- a 'pessoa que está sob cuidados médicos';
- o sujeito 'que sofre ou é objeto de uma ação'.

Ser paciente é, literalmente, ter paciência, e durante o processo saúde-doença, nada mais resta a ele do que confiar e esperar que o desenrolar do processo seja um período de definições, ações e relações que visem sempre seu bem estar e, se possível, que busquem a cura, ou, pelo menos, que amenizem seus sofrimentos.

Encontramos, também, no Dicionário Aurélio (1999), definições de rede, esta como 'o entrelaçamento de fios, cordas, cordéis, arames, etc., com aberturas regulares, fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido'; e 'relações é o conhecimento recíproco e/ou convivência entre pessoas'. Tais conceitos definem o trabalho em questão, pois é justamente esse entrelaçar de fios – no nosso caso, experiências e conhecimentos diferenciados sendo trocados entre as diversas profissões, tipos diversos de pessoas, de culturas, de visão de mundo e de personalidades que formam essas *redes de relações* dentro do ambiente hospitalar, o qual enfatizaremos neste trabalho.

Outro conceito de rede é o trabalhado por Minayo (1998, p.29), a qual utiliza-o sob uma visão antropológica, e faz uso do termo "rede", da mesma forma como vem sendo usado no âmbito da teoria das organizações, ou seja, "como uma noção que define as articulações entre indivíduos, núcleos e instituições, criando conexões por onde circulam informações, criam-se elos e constituem-se 'focos de irradiação' de concepções, práticas e referências", esclarecendo-nos um pouco mais sobre a que queremos dar

ênfase, essa necessidade de criar-se conexão entre o paciente/família/equipe de saúde, em que realmente circule a troca recíproca de conhecimentos, de respeito e solidariedade.

(...) quero ir embora, nem sei direito porque que a minha barriga ainda não fechou, acho que só os curativos não estão resolvendo...(José, paciente)

Encontramos, ainda, no Dicionário Aurélio (1999), a definição de privação, o que consideramos algo relevante para que consigamos fechar este item do capítulo. Então, dizemos que: '*privação quer dizer falta do necessário à vida*'; assim sendo, para um indivíduo que precisa ser internado, o ambiente hospitalar se transformará exatamente nisso, ou seja, nesse ambiente, ele não poderá levar o mesmo tipo e ritmo de vida que levava antes, e terá sempre a sensação de que algo está lhe faltando, pois tudo é novo e estranho.

Após a internação, os pacientes passam a viver num ambiente completamente diferente daquele a que estavam acostumados, ocorre uma mudança drástica, tanto no que se refere às pessoas que por ali circulam quanto aos objetos e formas dos móveis que temporariamente passarão a pertencer-lhes. Isso lhes dá a sensação de estarem sendo privados das coisas e das pessoas que sempre estiveram ao seu redor.

Existem dois tipos de *privação sensorial*, o estado no qual o foco é o ambiente, e o estado no qual o foco é o organismo individual experimentando a privação. O estado que nos interessa é o primeiro, pois é o tipo em que as características ambientais são o foco principal, visto que o paciente, no momento da internação, passará a fazer parte de um novo ambiente, o hospitalar.

Durante nosso acompanhamento dos pacientes da Clínica Cirúrgica na Unidade 5º B, alguns deles nos abordavam para indagar se sabíamos quando seria o dia de sua alta, ou se tínhamos alguma informação de seus diagnósticos, pois, para nós, adultos, a falta de informação é angustiante.

... estamos muito preocupados, pois toda hora o médico adia essa cirurgia; uma hora porque meu hematócrito está baixo, outra hora porque não tem vaga no Centro Cirúrgico, e as minhas dores continuam. (Gorete, paciente)

Aprendemos, desde bebês, a perceber o mundo através dos sentidos e das informações. Alguns pacientes internados sentiam-se bem clinicamente, e ficavam angustiados com a demora no resultados dos exames, e/ou demora de sua ida para o centro cirúrgico (realização da cirurgia seria após resultado dos exames) ou, ainda, devido à demora de sua volta para casa, pois sentiam falta do ambiente familiar, seguro e aconchegante. Sentiam falta, também, de seus pertences pessoais, das pessoas— muitos desses pacientes eram oriundos do interior do Estado — com quem estavam acostumados a conviver diariamente, etc...

... estamos todos muito inseguros com a demora da cirurgia da mãe. Sinto falta dos queijos e dos pães que ela fazia pra gente. (filha da paciente, Gorete)

Isso nos leva a acreditar que alguns pacientes poderiam obter uma melhora significativa do quadro clínico, caso tivessem um contato maior com sua vida anterior à internação, com as pessoas de sua convivência e essa situação nos faz verbalizar que o ambiente hospitalar *pode e cura* - até um certo tempo de permanência. Quando o paciente “acha” que não necessita mais de cuidados intensos da equipe de saúde, ou se o resultado dos exames demoram, ou se estão no aguardo de encaixe para cirurgia no centro cirúrgico, ele acaba sentindo uma vontade incontrolável de voltar ao seu “mundinho”, dificultando, muitas vezes, o prosseguimento e o sucesso do tratamento.

Todos me tratam bem, mas não consigo comer essa comida aqui do hospital, nem o café consigo tomar. Não vejo a hora de voltar para casa... (José, paciente)

Uma das indagações que fizemos durante a pesquisa realizada com os pacientes, foi a respeito de sua autonomia, isto é, se eles sentiam que

ainda a possuíam, ou se percebiam que outro membro da família assumira a posição de 'comando da situação', seja ela familiar, econômica ou até mesmo dentro do hospital, pois as pessoas a tendem a criar um sentido de desconexão com o mundo, quando são colocadas em um ambiente com *privação sensória*, no caso em questão, o Hospital. Até porque esse tipo de privação é característico dos ambientes da prática médica, e, portanto, frequentemente vivenciado por pacientes hospitalizados.

... mudou tudo, pois lá em casa tudo era eu quem acabava resolvendo... agora nem sei direito como estão as coisas... mas quando eu tiver alta, tudo voltará ao normal. (Maria, paciente)

Obtivemos como resposta de 60% dos entrevistados que eles se percebiam como não perdedores de sua autonomia, porém esse número é questionável, pois a própria situação de estarem ali, hospitalizados, nos faz acreditar que se torna complicado continuarem a tomar as decisões sobre as situações que ocorrem fora da instituição *hospital*.

É certo que as situações vividas cotidianamente no interior do hospital podem e devem ser controladas e definidas pelos próprios pacientes, quando estes estiverem em condições clínicas para tanto.

As situações de fora, entretanto, além de ser normal que seus familiares e/ou amigos os poupem, não devem ser realmente divididas com eles, pois a hospitalização é o momento de se concentrarem em si próprios, em sua busca pela cura, tornando-se até "egoístas" diante das situações de fora, e essa posição é justificável por serem, no momento, pacientes internados, necessitando de cuidados, de tranquilidade, etc..

Por serem os ambientes de tratamento de saúde locais ideais para a ocorrência dessa privação sensória, e, o hospital, por ser um desses ambientes, ela naturalmente se faz presente.

*É verão...verão, bem longe do sol e do mar,
bem longe de qualquer sinal de liberdade e
da energia das ruas, dos bares e das praias...
Cá estou, pessoa comum, num hospital. (L.E.O.)*

O hospital pode tornar-se um ambiente ideal para que essa privação sensória se intensifique, e, ao invés de ser um meio que proporcione as condições de cura e/ou manutenção da saúde, passa a ser o oposto, ou seja, o paciente, ao invés de “melhorar, piora”.

2.3 A Família

Cada família se constitui, se organiza e se comporta diferentemente, ou seja, a família se constitui em um sistema de interação interdependente.

Como nos diz Melo (1992, p.53), é preciso abandonar as pretensões de universalidade, pois “não existe essa abstração que é a família”.

Adotar uma definição de família como universalmente válida, ignorando as especificidades e diversidade de contextos sociais e culturais, é um erro, pois cada família terá sua própria compreensão do momento, sua percepção e sua definição de papéis, mudanças comportamentais e culturais em torno do processo saúde-doença.

Assim sendo, cada família se utilizará de seu entendimento e de suas estratégias de acordo com suas necessidades para enfrentar esse processo.

... essa minha companheira de quarto nunca recebe visitas, está sempre sozinha, só têm vocês aqui do hospital. Deve ser uma barra! (Cíntia, paciente)

Devemos trabalhar as famílias, como propõe Saraceno (1990), enquanto um sujeito dinâmico e não meramente reativo, sendo parte de uma rede de relações de interdependência e ultrapassando limites de uma abordagem linear.

Percebe-se a grande importância do envolvimento dos familiares nesse processo; assim, torna-se cada vez mais imprescindível a participação desta durante todo o período de tratamento de um paciente internado, pois a presença de alguém querido faz com que o paciente tenha mais confiança

em sua recuperação, pois tem a certeza de que existe alguém esperando por essa melhora e/ou cura.

Mioto (1996, p. 21) conceitua família como

(...) um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo que se acham unidas (ou não) pôr laços consangüíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido.

Não considerar a importância da família nesse processo, como já dissemos, é um erro.

É necessário que os profissionais da saúde estejam preparados para lidar com essas situações singulares, procurando sempre deixar clara a importância do envolvimento dos familiares durante todo o processo, pois é imprescindível, tanto para o paciente, quanto para os profissionais, esse apoio dos familiares, até porque sabemos que não existe corpo técnico disponível na instituição que possa atender diuturnamente as demandas e necessidades desses pacientes ali internados. Também porque, com a participação ativa da família, poderá vir a acontecer uma reversão do quadro clínico, caso isso não esteja acontecendo, ou seja, uma melhora e/ou também uma recaída.

... ele tinha que viver para alguém, tinha que sentir vontade de viver para alguém, por isso não o deixamos nem um minuto sozinho... (Laura, esposa de um paciente)

É preciso que a equipe de saúde respeite e tenha um olhar diferente sobre as possibilidades das famílias, pois cada qual enfrentará suas crises de forma diferenciada e, com certeza, atuarão como suporte terapêutico no processo saúde-doença (Mioto, 1998).

... quem incomoda mesmo são os familiares, querem usar o telefone (é proibido), querem medicar sem estar prescrito pelo médico e/ou sem estar no horário, querem deixar o paciente na cama direto, comem a comida do paciente (o paciente não come

para deixar para o seu acompanhante, o que prejudica na recuperação. (Carolina, escrituraria)

Mioto (1994) afirma que é imprescindível que a equipe de saúde realmente se importe pelos problemas trazidos pela família, os quais precisam ser analisados em sua totalidade, o que, com certeza, refletirá, positivamente ou não, no processo saúde-doença de um paciente internado.

... a falta de alimentação para os acompanhantes, de roupas, de um local decente para descansarem, pois nem uma cadeira confortável lhes é permitido trazer, devido ao rigor da Direção. E, na hora da internação, não é feita nenhuma orientação para os familiares, e muitas vezes, eles trazem experiências de outras internações, às vezes até de outros hospitais, outras unidades e, se fossem bem orientados, facilitaria essa permanência/vivência aqui dentro da unidade... (Soraia, enfermeira)

Outra questão que muitas vezes não conseguimos compreender, é como um paciente pode permanecer durante um tempo tão prolongado internado e receba tão poucas visitas, e/ou, muitas vezes, nenhuma. Ao refletirmos sobre o que nos diz Mioto (1998), podemos entender, ainda que não se aceite e se compreenda, o porque do abandono sofrido por alguns pacientes.

Segundo a autora, tudo depende da maneira como se estabeleceram às relações, durante a convivência em comum, desse paciente com seus familiares e/ou amigos, pois temos que compreender que “as relações que se estabelecem entre os membros de uma família acontecem num processo circular de feedback, no qual cada membro pode ser visto enquanto o início e o fim deste processo”. (Mioto, 1998, p.22)

A mesma autora nos diz, ainda, que “a dinâmica familiar é construída pelas vivências individuais do processo familiar, pelo desenvolvimento de seus membros e pelos acontecimentos familiares (nascimentos, casamento dos filhos, etc.) e extra familiares (doenças, mortes, separações)” (Mioto, 1998, p.25). E qualquer um desses acontecimentos poderá, ou não, fragilizar os atores em foco, e, conseqüentemente, influenciar no processo saúde-doença que, no

momento, é o “centro das atenções”, ou deveria ser, dos membros que compõem estas famílias.

Ao falarmos em suporte social, podemos defini-lo como sendo as atitudes positivas e de reforço, geradas pelos indivíduos nas relações sociais uns com os outros. Esse suporte social é de suma importância para o paciente internado, e a sua ausência, muitas vezes, pode levar o quadro clínico a piorar ou melhorar, dependendo desse suporte.

Era perceptível nos pacientes da unidade 5º B (Clínica Cirúrgica) a diferença entre os que possuíam esse suporte e aqueles que não o possuíam. Por exemplo: os pacientes, dependendo do quadro clínico, pois só era permitido acompanhamento - de um familiar e/ou amigo - integral aos que tinham um quadro clínico que inspirasse cuidados constantes, os chamados “pacientes dependentes”, e esses, quando tinham à sua disposição, durante a internação, alguém que amassem, em quem confiassem e com quem se identificassem, seu processo de recuperação era muito mais rápido, ou, pelo menos, suportavam melhor esse período de tratamento. E, quanto àqueles que não tinham alguém que os acompanhasse diuturnamente, ocorria uma recaída, ou, a desesperança tomava conta de seus pensamentos, chegavam a verbalizar, às vezes, esse sentimento.

Autores, como Salloway e Dellon (1975, p.23), descobriram que tipos diferentes de redes influenciavam o grau de velocidade com o qual o indivíduo utilizava os serviços de saúde. Redes de amigos amplas tinham influência ao encorajar a pessoa na procura de cuidados médicos, ou seja, na hora de uma hospitalização e/ou cirurgia “forçada”, o apoio de amigos, parentes, e, é claro, da equipe de saúde, faziam com que o paciente diminuísse sua ansiedade, sua irritação e o levava a substituir esses sentimentos por solicitação de ajuda e troca. Esse quadro emocional se dá devido a não aceitação do “estar doente”, pois essa confirmação pode, muitas vezes, significar perdas a curto ou a longo prazo.

E “essas perdas podem relacionar-se ao meio ambiente a que está acostumado, ao papel e função costumeira, ao relacionamento humano, ao

conforto físico e às vezes, a partes do corpo ou sua função” (Tähkä, 1988, p.193).

E “assumir, então, o papel de doente, é renunciar, mesmo que, transitoriamente, ao desempenho e seu papel social” (Rezende, 1989, p.97).

2.4 A Equipe de Saúde

A equipe de saúde é formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, escriturárias/atendentes, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e outros, “... são enfim, pessoas que, de uma forma ou de outra, relacionam-se com a gente: o doente e a família...” (L.E.O)

Todos esses profissionais, em suas relações com os pacientes, visam os mesmos objetivos, ou seja, proporcionar-lhes a cura ou uma melhora do quadro clínico, procurando sempre direcionar as ações ao seu bem estar físico e mental e fazê-los sentirem-se amparados e seguros, pois:

O paciente espera da gente profissionalismo, amizade, que acaba criando, interação. Algumas vezes cai na rotina devido à longa permanência, mas não é por desleixo, interfere pela especialidade da unidade, pois quando fica longa a permanência, é para um tratamento necessário e/ou quando está em processo de investigação e acaba se tomando um paciente sem “cuidados. (Soraia, enfermeira)

Esse “cair na rotina” não significa esquecer-se do paciente, pois ele continua ali, aguardando um desfecho positivo para sua situação, e, não podemos nos esquecer que juntamente com o corpo, a mente adocece, assim, mesmo que ele não necessite de cuidados terapêuticos, uma conversa informal lhe fará sempre muito bem, pois algumas vezes o paciente encontra-se desacompanhado, restando-o apenas a equipe de saúde para relacionar-se.

“O primeiro passo para o sucesso nas profissões relacionadas à saúde do homem é ter uma boa compreensão do ser humano, das suas necessidades, capacidades e desejos (...). Qualquer ação humana precisa

estar orientada no sentido da valorização da pessoa e da auto-afirmação do ser (...)" (Olivieri, 1985, p.15).

Pouco se discuti nas escolas que formam os profissionais de saúde sobre a morte.

Segundo Boemer (1993) as escolas de saúde tendem a apenas sugerir a vida como sucesso profissional, e a constatação da morte próxima, como um fracasso.

Observou-se, nas entrevistas com os profissionais da unidade, que 90% deles não se sentem preparados para lidar com a "morte anunciada" do paciente.

Segundo Santos Filho (1985) durante o processo saúde/doença, todos os esforços estão voltados para prolongar a vida dos pacientes, mas não devemos descartar a possibilidade da morte. Quando esses esforços fracassam, ou, então, quando nada mais há para fazer, os profissionais de saúde, geralmente, "perdem o interesse" pelo paciente, deixando-o só, provocando, com isso, sua morte social, mesmo sabendo que foi feito tudo o que podia ser feito pelo paciente, a equipe de saúde sente-se culpada por não ter podido evitar sua morte, e/ou não ter proporcionado sua cura. Essa "falha" no tratamento acaba afastando a equipe de saúde do paciente, pois os profissionais sentem-se responsáveis pela sua cura, e, geralmente, não encontram-se preparados para lidar com a morte.

Para o autor, acabamos atribuindo ao profissional da saúde o insucesso do tratamento; jamais se leva em conta que a morte é algo inerente à vida dos seres humanos. A implicação sobre a questão está no fato de nos questionarmos como os profissionais trabalham essa realidade em seu dia-a-dia dentro uma unidade hospitalar.

A grande dificuldade em lidar com um quadro clínico complicado, às vezes até irreversível, do paciente, leva a equipe de saúde a usar uma linguagem puramente técnica, a qual nem o paciente, nem seus familiares conseguem compreender, e mesmo não a compreendendo, não questionam, e não se sentem à vontade para isso, pois existe o "mito" de que o médico

“sabe tudo”, suas colocações são inquestionáveis, para eles, “pobres mortais”.

Devemos levar em conta que a área da saúde lida diretamente com o sofrimento, a dor, a angústia e a morte. Portanto, é natural para todos nós, seres humanos, termos dificuldades em lidar com tais questões em nosso cotidiano, o que nos leva, muitas vezes, a nos refugiarmos na dimensão técnica, pois é como se nós, profissionais da saúde, estivéssemos nos vendo no outro, ou seja, no paciente sem chances de recuperação e/ou cura.

O desejo de que o relacionamento entre equipe de saúde e paciente seja verdadeiro, comprometido e responsável, é tão antigo quanto à própria Medicina.

Em todas as leituras realizadas, nos foi possível observar que é consenso entre os autores que a verdade é fundamental para o bom encaminhamento do relacionamento entre a equipe de saúde – o paciente – e a família.

É importante que o profissional tenha uma postura ética, que favoreça uma relação mais aberta e verdadeira, assumindo sempre uma conduta de lidar com a verdade, mesmo que se depare com as limitações daqueles que, no momento, estão sob seus ‘cuidados’, procurando sempre ajudá-los para que lhes seja possível satisfazerem suas necessidades espirituais, emocionais e psicológicas.

O cuidado é inerente à internação, às vezes é um cuidado mais especial, psicológico até; às vezes, ele está deprimido, ansioso, até por ser um paciente potencialmente cirúrgico, mas a questão social, quando o paciente se interna, traz junto: questão dos filhos, esposa (o), trabalho, pior ainda, quando não têm uma situação estável, não entrando, portanto, no auxílio doença. Os acompanhantes trazem todas as necessidades dos pacientes e mais a preocupação com a situação desse. (Soraia, enfermeira).

Caprara e seus colegas, nos colocam que os poucos médicos que escreveram sobre suas experiências, enquanto pacientes, revelaram como a formação médica é apenas orientada para se referirem aos aspectos ligados

à anatomia, à fisiologia, à clínica, à patologia, desconsiderando a história de vida da pessoa doente, a qual, concomitantemente, necessita de um apoio moral e psicológico.

Reconheceram, com isso, "... a sistemática despersonalização que se vive quando se é paciente. As próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, se perde muitos dos seus direitos, não se é mais livre". (1999, p.5)

É importante que se considere o novo contexto, que se configura na forma de relação equipe de saúde-paciente, e, a partir daí, se ter uma posição ativa e crítica na busca de uma nova prática, isto é, mais humana.

Nas entrevistas, obtivemos um percentual de 80% de profissionais que possuem uma visão assistencialista do paciente.

Camon (1998) nos fala a respeito da postura de atendimento do profissional da saúde e cita algumas denominações, que, podem ser adequadas à postura de qualquer tipo de profissional da saúde, as quais são bastante esclarecedoras e interessantes, tal como: *calosidade profissional*, *distanciamento crítico*, *empatia genuína* e *profissionalismo afetivo*.

O autor diz que, a postura do profissional da saúde, que após anos de prática com o doente e a doença, esse passa a adquirir uma indiferença total quanto à dor do paciente, denominada de *calosidade profissional*. Essa calosidade o impede de ser atingido, ainda que minimamente, pelo sofrimento do paciente. Nessa postura, o profissional da saúde trata o paciente apenas como um simples sintoma, num total desrespeito à sua dor, e, infelizmente, nos diz, que esse tipo de postura, "lamentavelmente é o que mais encontramos nas lides da saúde". (Camon ,1998, p.44).

... a falta de profissionais, a superlotação da unidade, a enfermeira de plantão, que se divide entre tarefas de assistência e tarefas administrativas, onde a última acaba tomando o tempo que deveria ser da primeira... tudo o acontece, acaba sempre influenciando o dia-a-dia aqui da unidade(Luzia, Enfermeira)

É como se a responsabilidade da equipe de saúde fosse apenas com a doença do paciente, e não com o seu estado emocional, social e econômico. Para o autor, o que falta é uma visão mais lúcida do profissional a respeito da dor, da angústia, do medo, das aflições e de tudo que vêm associado ao processo saúde-doença do paciente.

... tudo o que eu puder fazer, - seja pelos pacientes, seja por seus acompanhantes - eu farei; porém, dos outros profissionais é mais complicado, pois nem sempre todos têm a mesma vontade e disposição de ajudar...(Mariana, auxiliar de enfermagem)

O *distanciamento crítico* é uma outra postura assumida pela equipe de saúde. Nesse tipo de postura, o profissional se distancia dos problemas trazidos pelos pacientes, para que não corra o risco de misturá-los a questões da vida pessoal e afetiva do mesmo.

Para Camon (1998), esse distanciamento deve ser balizado a fim de que não se torne simplesmente uma calosidade profissional; deve, sim, ser uma forma de atuação, na qual o profissional manterá um olhar de análise, que lhe permitirá intervir de maneira mais ampla.

O importante é que se mantenha um certo equilíbrio, mas não uma indiferença quanto às condições emocionais vividas pelo paciente. Esse distanciamento deve permitir ao profissional uma percepção das nuances desse relacionamento, e assim posicionar-se de maneira autêntica; e, mesmo que lide diariamente com a dor e o sofrimento alheio, manterá uma performance profissional que lhe permitirá atuar em condições tão adversas.

A *empatia genuína* é definida como aquela atitude em que profissional da saúde se envolve com o doente de um modo singelo, sem o estabelecimento de qualquer barreira. Essa atitude transcende os limites estabelecidos na relação equipe de saúde e paciente. São casos em que a doença e o doente passam a ocupar totalmente o imaginário emocional do profissional, ultrapassando até mesmo os limites que resguardam sua privacidade pessoal.

Hoje, fala-se tanto na necessidade de humanizarmos o atendimento, seja do hospital, do doente, enfim, da saúde, então é porque nós desumanizamos nossa prática, com a desculpa esfarrapada de que não devemos envolver-nos para não sofrermos; e o pior, não admitimos que essa humanização deva começar por nós mesmos, equipe de saúde, mudando nossas atitudes, não nos distanciando do paciente, pois ele não é só uma doença, ou um sintoma; é, sim, alguém que possui sentimentos, medos, angústias, enfim, uma história que precisa ser respeitada e levada em conta.

Camon nos diz que:

A empatia genuína é um sentimento que necessitaria ser resgatado na prática do profissional da saúde na atualidade. Entretanto, por mais que se faça necessário em nossas buscas de humanização, é algo que não se ensina academicamente, nem se aprende digressões filosóficas. É algo que se sente no âmago da mais pura emoção e que denota a nossa própria condição de envolvimento com a doença e a figura do paciente. (1998, p.55)

O *profissionalismo afetivo* é aquela postura na qual não ocorre a empatia genuína, e o profissional trata o doente com respeito por sua dor e sofrimento. Nesse tipo de postura profissional, embora se mantenha um certo distanciamento entre profissional e paciente, ele traz em seu entremeio esse sentimento. E, “mesmo que não haja um maior envolvimento do profissional da saúde com a doença e o doente, ainda assim, não existe o desdém diante do sofrimento do outro”. (Camon, 1998, p.58)

E finaliza dizendo que:

...apesar da empatia genuína não poder ser ensinada, pode perfeitamente ser desenvolvida no próprio desenvolvimento do relacionamento profissional da saúde com o doente e a doença. Assim, teremos um conjunto de profissionais que saberão respeitar o outro considerando não apenas a sintomatologia específica de cada patologia, mas também, e principalmente, o sofrimento emocional advindo desse quadro de manifestações orgânicas e que podem, inclusive, agrava-la de maneira significativa. (Camon, 1998, p.59).

No próximo capítulo, faremos uma abordagem sobre a inserção do Serviço Social na área da saúde, esse enquanto profissional imprescindível na composição da equipe de saúde, bem como inserido no Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes.

CAPÍTULO III

O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE

Neste terceiro e último capítulo, abordaremos sobre o reconhecimento do assistente social enquanto profissional da área da saúde, e, também, sobre a importância de suas ações dentro de um hospital, especificamente dentro do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes.

3.1 A Inserção do Assistente Social na Equipe de Saúde

Apesar de ter se ampliado o discurso sobre as fragilidades ou indefinições da prática profissional, podemos verificar um aumento significativo de contratações de assistentes sociais nos serviços públicos de saúde e, segundo relatórios do II Encontro Estadual de Assistentes Sociais da Secretaria de Estado da Saúde Pública/RN-SSAP/RN, tanto em nível nacional quanto local, os assistentes sociais são a 4ª categoria de nível superior que compõem as equipes de saúde, ficando atrás apenas dos médicos, dentistas e enfermeiros; pois "... o cotidiano institucional deixava patente a existência de um conjunto de demandas que revelavam a utilidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde" (Costa, 2000, p. 36).

O papel do assistente social, dentro de uma unidade hospitalar, deve ser educativo e transformador e se torna imprescindível, pois esse profissional é o mais indicado para ser o mediador da *rede de relações*, visto que busca sempre envolver todos os sujeitos inseridos nesse processo.

Assim sendo, "cabe ao Serviço Social, promover uma ação educativa, visando desencadear um processo reflexivo nos pacientes e

familiares, para que possam participar do processo de tratamento e/ou cura” (Souza, Ramos, Ferreira, et al., 1997, p. 07).

A área da saúde é um campo muito rico para a atuação do Serviço Social, pois o profissional terá oportunidades de intervir nas questões psicossociais que permeiam o processo saúde-doença.

São várias as questões que podem ser trabalhadas pelo assistente social na área da saúde, sejam as trazidas pelos pacientes na hora da hospitalização, as quais podem ser de cunho social, econômico, emocional, etc.; e também as trazidas por seus familiares, tais como a dificuldade de permanecerem por muito tempo acompanhando, ou até mesmo visitando, seu parente e/ou amigo internado, isso se dá devido ao fato de muitos serem oriundos do interior do Estado, ou por terem uma situação econômica precária, ou, ainda, por ambos os motivos, o que obviamente impossibilita o seu acompanhamento integral ou parcial por parte dos familiares e/ou amigos.

Podemos afirmar, a partir da pesquisa, que 80% dos pacientes internados na Clínica Cirúrgica 5º B são possuidores de tumores (maligno/benigno), e ali se encontram para realizar uma intervenção cirúrgica a fim de retirar o órgão doente e/ou parte dele, na intenção de, se for o caso, minimizar seu desenvolvimento, às vezes acelerado, ou excluí-lo antes que se espalhe pelo corpo. E o assistente social, com seu papel de educador, deve intervir e “... esclarecer que o câncer pode matar, mas não mata necessariamente; que existem outras doenças que matam tanto quanto o câncer e, ainda, que acidentes e a fome têm matado muito em nosso país. Outra informação importante é que vários tipos de câncer podem ser prevenidos e que a ação educativa é a melhor arma para a prevenção” (Souza, Ramos, Ferreira, et al., 1997, p.10).

Todos aqueles que possuem uma relação com o paciente, seja de laço consangüíneo ou não, se tornam sensíveis emocionalmente devido à situação que estão vivenciando, pois o estigma da morte se torna muito forte, quando um membro da família é hospitalizado, e muito mais quando o

quadro do paciente é de “morte anunciada”, seja pela idade, seja pelo quadro clínico que se encontra, seja pela doença que o afeta.

É provável que todos os sujeitos mais próximos “adoeçam” juntamente com o paciente, pois, no processo saúde-doença, “a família também é afetada e, frente à possibilidade da perda de um laço estabelecido, passa a rever suas relações” (Souza, Ramos, Ferreira, et al., 1997, p. 19).

É nessa hora que a participação ativa da equipe de saúde se faz necessária, mais especificamente do assistente social, o qual, muitas vezes, é o único elo de ligação entre o paciente e os demais membros da equipe.

... minha esposa é muito atenciosa, não só comigo, mas com os filhos também; mas só que ela precisa trabalhar para dar conta da vida e por isso...hoje só posso contar com vocês aqui do hospital. (José, paciente)

Todos da família, dependendo de como ela trabalha em seu interior a questão da doença do ente querido, precisará de apoio de quantos possam surgir para levantar sua moral e sua auto-estima.

Porém, não com esperanças infundadas ou com promessas, as quais não será possível cumprir, mas, numa relação verdadeira, em que irá imperar a solidariedade, o respeito, a dignidade de todos os atores envolvidos nesse processo.

Para que o assistente social, e não só ele como outros profissionais, tenham êxito no conhecimento e na prática na área da saúde, devem apropriar-se como sujeitos dessa prática e apropriar-se, também, da disciplina utilizada, passando, portanto, a fazer parte desse universo científico de conhecimentos e trocas, pois “a colaboração entre duas disciplinas – no caso serviço social e medicina- exige a dupla competência” (Sinceur, 1977, p.621 apud Minayo, 1998).

O assistente social, também, desenvolve na área da saúde, atividades de caráter educativo e de apoio pedagógico à mobilização e participação dos usuários e da comunidade, com o objetivo de atender as necessidades destes, desenvolvendo ações de prevenção, recuperação e

controle do processo saúde-doença, cumprindo, assim, “o papel particular de buscar estabelecer o elo “perdido”, quebrado pela burocratização das ações” (Costa, 2000, p. 62).

As práticas definidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente, superam o processo de trabalho vigente até os anos 70, no qual os profissionais podiam atuar isolada e autonomamente. Hoje, o modelo aponta para a emergência de um conjunto de práticas, a fim de chegar a um denominador comum, isto é, o bem estar e a satisfação dos usuários.

Apesar de, no Brasil, ainda imperar o modelo médico-hegemônico, o qual centra suas ações em atividades da clínica médica curativista individual, secundarizando e desqualificando as ações e as atividades profissionais. Estas não se constituem em objeto de práticas privilegiadas por esse modelo, como as ações de educação em saúde (prevenção) e atividades de outras categorias profissionais, como é o caso dos assistentes sociais, dos nutricionistas, dos sociólogos, dos psicólogos.

Podemos perceber que é urgente a concretização do trabalho coletivo na saúde, através da troca de conhecimentos, do acoplamento e integração de tarefas, as quais, juntas, desembocaram na melhor qualidade de atendimento à população usuária.

Por ter sido ampliado o conceito de saúde, no qual as ações de saúde devem agora acontecer numa perspectiva interdisciplinar, com intenção de garantir que todas as necessidades da população usuária sejam atendidas na mediação de seus interesses e prestação de serviços, é que, após muita polêmica e discussões, o assistente social foi reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) como um profissional de saúde.

Apesar do Curso de Serviço Social não ser específico da área de saúde, ele possibilita aos graduandos, futuros assistentes sociais, atuarem com competência nas diferentes formas de que se expressa a questão social, bem como serem capazes de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive da saúde.

Vale lembrar que os programas de Planejamento Familiar, Programa de Diabéticos, etc., existentes no Hospital Regional de São José são

elaborados, implementados, coordenados e executados por uma assistente social.

O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, a Associação Nacional dos Assistentes Sociais – ANAS e a Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS, órgãos que representam a categoria, manifestaram-se em 1990 a respeito, dizendo:

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 causalidade das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O assistente social como profissional de saúde têm 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 brasileira.

Esse reconhecimento se deu, apesar de tardiamente, através da promulgação efetuada pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, sob a Resolução nº 218/97 em 06/03/1997, a qual qualifica as categorias profissionais consideradas imprescindíveis para efetivação das ações na área da saúde.

Gerber (2000) nos diz que ao elencarmos alguns princípios do Código de Ética do Profissional de Serviço Social, em vigência, 1993, pode-se confirmar essa merecida inserção do assistente social, enquanto profissional da saúde, pois existe o reconhecimento da liberdade como valor Ético central e das demandas políticas a ele inerentes, ou seja, a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais enquanto direito.

Devemos defender intransigentemente os direitos humanos e recusar o livre arbítrio e o autoritarismo.

Nosso objetivo deve sempre centrar-se na ampliação e consolidação da cidadania, pois essa tarefa é considerada primordial em toda a

sociedade, e devemos visar sempre a garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras.

Nosso posicionamento deve estar sempre em favor da equidade e justiça social, assegurando, assim, a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.

O assistente social deve garantir o pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e ser comprometido com o constante aprimoramento intelectual.

3.2 O Serviço Social do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes - HRSJHMG

O Setor de Serviço Social encontra-se subordinado à Gerência Técnica do HRSJHMG. Conta, em seu quadro de profissionais, com duas Assistentes Sociais, que se dividem entre as unidades de internação do Hospital, revezam-se nas horas plantões e nos Programas nele desenvolvidos, procurando atender a demanda interna e externa, contando, também, com duas escriturárias.

A atuação das Assistentes Sociais acontece à luz dos princípios definidos no Código de Ética da profissão, já destacados anteriormente.

Dentre as atribuições do Serviço Social do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes(HRSJHMG), podemos listar alguns, como a elaboração, a coordenação, a execução e a avaliação de Programas e Projetos que atendam as demandas dos usuários do mesmo, observando sempre a política estabelecida pela Direção desse.

Presta-se, também, orientação aos usuários (pacientes e familiares) quanto às rotinas hospitalares, os direitos sociais, os direitos previdenciários, entre outros.

... os pacientes precisam de alguém com quem possam contar, e vocês são as pessoas certas, pois as enfermeiras são poucas para muitos pacientes e muitos problemas ... (Sofia, paciente)

Durante a realização da pesquisa na unidade 5ºB, observou-se que 100% desses não sabem lidar e/ou não estão preparados para lidar com o processo saúde-doença, fazendo com que o assistente social cumpra um papel de suma relevância, não só como mediador, mas, também como educador.

Vocês podem falar com os médicos, vocês entram e saem de qualquer lugar, e isso é bom, pois muitas vezes a gente precisa falar com alguém, e vocês podem ser essa pessoa indicada para nos auxiliar, não falo só por mim, falo pelos outros pacientes também. (Sâmara, paciente)

É imprescindível a participação do assistente social na equipe multidisciplinar de assistência ao paciente, pois, essa participação, visa atendê-lo de forma integral (aspectos físico, social e emocional).

... fala com o médico para ele resolver logo o que vai fazer comigo, pois acho que estou ficando mais doente ainda com essa demora; eu ficarei muito agradecida... (Gorete, paciente)

Esse fato, também foi identificado nas entrevistas, pois 100% dos profissionais que nos responderam, reconheceram a importância da intervenção do Serviço Social na unidade.

Eu sei que as enfermeiras tem muitos pacientes para cuidar, então penso que o serviço social poderia auxiliar os pacientes, principalmente os que vêm sozinhos, conversando, como estamos agora, isso me faz bem, falar de mim, falar de minha família, me deixa feliz... (Bianca, paciente)

As ações são sempre desenvolvidas com o objetivo de garantir os direitos dos usuários, resguardando sua dignidade pessoal, sua individualidade, enfim, o respeito que lhe é devido.

Nas entrevistas, observamos que, apesar de 100% dos pacientes possuírem familiares e/ou amigos, existe, ainda, uma certa dificuldades desses em acompanhá-los constantemente, seja por falta de recursos financeiros, seja por falta de autorização da equipe de enfermagem.

... se vocês pudessem trazer alguém lá de casa, eu agradeceria, sinto falta deles. Acho que se vocês pedirem uma carona na Kombi da Secretaria, eles não vão negar... (José, paciente)

Quanto à prestação de orientações legais/formais e o apoio sócio-emocional nas situações de óbito, podemos confirmar sua legitimidade nas entrevistas, pois 100% dos entrevistados – paciente/família/equipe de saúde -reconheceram a importância de se ter alguém de referência dentro da instituição hospitalar numa hora tão difícil e delicada quanto essa.

Com a identificação dos usuários do hospital, objetiva-se a criação de programas específicos, subsidiando, assim, as ações profissionais, as quais podem ser ratificadas com a existência dos Programas existentes dentro da instituição, pois o Serviço Social, como já fora citado anteriormente, encontra-se inserido nos Programas de Planejamento Familiar, Programa de Diabéticos, Programa de Adolescentes Grávidas, Programa de Atendimento às Mães que tiveram seus bebês Prematuramente –PROTEGER- (UTI Neonatal), Hospital Dia⁷.

⁷ Os Programas existentes no HRSJHMG, encontram-se em maiores detalhes anexo 3 deste trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho, podemos perceber a importância da assistência aos pacientes e aos seus familiares, e percebemos que, talvez, seja interessante a formação de um grupo para maior apoio e troca de informações entre ambos. Nesse grupo, a equipe de saúde também será beneficiada desse momento de troca, pois, nessa hora, ser-lhe-á possibilitado examinar os sentimentos, uma vez que a técnica e a teoria são importantes, mas o fundamental é conseguir lidar com sentimentos. E é certo que essa experiência será enriquecida com o fato de podermos dizer á outros, com muito orgulho e veracidade, que somos 'gente cuidando de gente'.

Reconhecer e compreender a dimensão psicológica, presente por detrás de um adoecimento, significa para a equipe de saúde ser capaz de transcender o aspecto técnico de suas ações, o que, conseqüentemente, contribuirá para uma 'assistência' mais humana na área da saúde.

Tendemos, sempre, para o fato de que as pessoas, quando encontram-se na situação de paciente internado, são iguais, possuidoras de necessidades iguais, ou, pelo menos, parecidas, isto é, pessoas que precisam ser cuidadas, curadas, tratadas, etc. Porém, para que consigamos obter resultados positivos, que alcancem realmente nosso objetivo primeiro, o qual é tornar o processo saúde-doença o mais rápido possível, sem sofrimentos e, ladeado por uma relação intersubjetiva verdadeiramente humana, é imprescindível que as consideremos como "diferentes", pois cada pessoa possui sua própria visão de mundo, de expectativas, de 'jogo de cintura' e de aceitação de sua atual situação – estar doente. É primordial para que a *rede de relações* se estabeleça, que o profissional da saúde, compreenda e respeite o 'estar doente' do paciente internado, pois ele encontra-se num ambiente estranho (hospital), sendo cuidada por pessoas 'estranhas' (equipe de saúde), sem, ás vezes, ter a presença constante de alguém bem querido por perto (familiares ou amigos).

Somente a partir do momento em que ‘adentrarmos’ o mundo do paciente, é que conseguiremos situar-nos e relacionar-nos com mais veracidade com ele. E, esse ‘adentrar’ nos possibilitará a consecução do objetivo delineado, ou seja, o de realmente “cuidar” do paciente em todos os seus aspectos - físicos, emocionais e sociais. Esse “cuidar” significa deixar o paciente ser ele mesmo, sempre, não “despojando-o” do seu próprio “eu”, deixando-o decidir sobre e para si.

Neste trabalho, o que não pretendíamos enfocar era a lógica flexneriana⁸, apesar de sabermos que saúde é necessidade básica, sabemos, também, que, infelizmente, é a doença que mais dá lucro.

Queremos, sim, dar ênfase ao lado humano que existe na relação paciente-família-equipe de saúde, ainda que saibamos que ele está esquecido, por alguns, é nossa função, e não só nossa, mas de todo profissional ético e comprometido, vemos sempre, em primeiro lugar, o *ser enquanto sujeito, e não enquanto objeto*, possível de ser dividido.

Lidar com pessoas que estão com problemas, no caso, pessoas doentes internadas, acompanhadas por seus familiares e/ou amigos, significa enfrentar o problema junto com elas, ou, pelo menos, procurar compreender e respeitar os medos e ansiedades que perpassam pelas situações vivenciadas por ambos.

Por ser a *rede de relações* - entre o paciente, a família deste e a equipe de saúde, um conjunto de relações interdependentes, conseqüentemente, o funcionamento inadequado de uma das partes refletirá no todo, o que poderá dificultar o andamento e os avanços na intervenção, e até mesmo no próprio processo saúde-doença.

O ideal seria integrar a dimensão técnica, conjuntamente com a dimensão humana, aí, sim, se caracterizaria o verdadeiro “cuidar”. Nossa intenção, neste trabalho, além de explicitar a importância do reconhecimento da existência dessa *rede de relações* dentro de uma unidade hospitalar, também foi a de direcionar seu foco no processo saúde -

⁸Lógica Flexneriana- voltada para as ações curativista na saúde (hospitalocêntrico), positivista, biologista e especialista, fragmentando, assim, o processo saúde-doença.

doença, trabalhando-o sistematicamente durante a hospitalização.

O Serviço Social tornou-se uma referência dentro da unidade 5ºB, tanto para a equipe de saúde, quanto para o paciente e seus familiares. Fazemos essa afirmação, porque, por exemplo, 60% dos pacientes são oriundos do interior do Estado, e, muitos deles, nunca fizeram uma viagem para a Capital, e, portanto, não conhecem nada e ninguém, e, por estarem longe de seus familiares e/ou amigos, necessitam de um apoio muito mais intenso e efetivo dentro da unidade, e a assistente social sempre é chamada para intervir nesses e em muitos outros momentos.

É consenso entre os profissionais que a família deve ser envolvida no processo saúde-doença, pois vários estudos que já foram realizados comprovam a importância do apoio familiar durante o seguimento desse. Porém, alguns profissionais acreditam que o papel da família é positivo, até certo momento,

... só até quando o paciente está apto para o auto-cuidado... nem todos dificultam nossa relação. O mais comum com relação à família é o despreparado emocional para lidarem com o doente e a doença... isso às vezes atrapalha. (Soraia, Enfermeira)

A hospitalização significa para o paciente admitir seu papel de doente, e a partir do momento que ele assume essa posição, expõe também sua dor, seu sofrimento, sua configuração de valores, revelando, ainda, sua fragilidade enquanto ser humano e, com certeza, espera que seja respeitado e valorizado por ter sido capaz de assumir sua impotência diante de sua doença.

Isso serve como alerta, não apenas para equipe de saúde, mas também, para familiares e/ou amigos de pacientes internados, que, a partir de agora, farão parte desse processo, estabelecendo-se a *rede de relações*, imprescindíveis ao êxito do tratamento, o qual poderá vir a ser longo, traumatizante e doloroso, mas com o envolvimento real de todos, com certeza, não será tão penoso e desumano.

BIBLIOGRAFIAS

Aula assistida no Mestrado Enfermagem: **Concepções de saúde**. 22 out. 2000

BARRETO, F. J. T. A assistência ao doente terminal. In: FILHO, Júlio de M. **Psicossomática hoje: A morte e o morrer**. Rio Grande do Sul: Artes Médicas, 1992.

BONFIM, L. A., BASTOS, A.C. S. (trad.). **O Impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF):** uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública, abr.-jun.1998, 14 (2): 429-435 – INTERNET – www.bireme.com.br

BRASIL, **Constituição da república federativa do**. Constituição de 1998. Brasília: Atual, 1999.

CABRAL, R. I. **A contribuição do serviço social no atendimento ao paciente oncológico**. Florianópolis: editora da UFSC, 1995.

CAMON, V. A. A. **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1998.

CAPRARA, A., FRANCO, A. L. S. **A relação paciente-médico:** para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública, Jul. 1999, vol.15 no.3. ISSN 0102-311X – INTERNET- www.bireme.com.br

CIANCIARULLO, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. [s.c] Ícone, 1997.

COSTA, M.D. et al. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: **Processo de trabalho e assistência social**. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, Cortez, Ano XXI, nº 62, p.35-72, mar. 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio Eletrônico** – Século XXI. Versão Eletrônica Lexikon Informática Ltda., versão 3.0. Nova Fronteira, 1999.

GAUDERER, C. **Os direitos do paciente**: Um manual de sobrevivência. 6 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GERBER, L. M. L. **A bioética e os direitos do paciente**. Florianópolis: mai. 2000. (Apontamentos do IIº Simpósio de Serviço Social na Saúde)

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa**: Tipos Fundamentais. Revista de administração de empresas. Art.3, n.3. São Paulo: 1995.

KATZ, S. **A ciência da qualidade de vida**. J. Chron. Dis. 40 (6), 1987. [s.e.]

KIM, H. G. **O pensamento teórico natural**. Ed. Appleton – Century; Crof. N.Y., 1989.

MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da Antropologia na área da saúde : O caso Brasileiro. In: **O status atual das ciências sociais em saúde no Brasil**:Tendências [s.ed.] [s.c.] 1991.

_____ **Pesquisa social**: teoria e método e criatividade. 12 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social. In: **Família**: das políticas sociais à prática profissional. [s.ed] xerox

_____ **Família e saúde mental:** contribuições para reflexão sobre processos familiares. Artigo Revista Katálysis, fev., 1998. xerox

MOURA, D. **Saúde não se dá:** Conquista-se. São Paulo: Hucitec, 1989.

NIETSCHE, E. A. **A enfermagem e a arte de cuidar:** Ainda bem que borboleta não precisa de hospital. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

OLIVIERI, D. P. **O “ser doente”** : dimensão humana na formação profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1985.

OSTÉIA, L. E. **Quando o hospital não é para curar.** Proposta de ética. *Registros de uma esposa – acompanhante.* Informativo ABEn. p.11. [s.l]:[s.ed.],[s.d.]

PITTA, A. **Hospital:** dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1989.

Plano de Atuação do Serviço Social do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes. 1999.

Relatório trimestral de atendimento do Serviço Social do Hospital Regional de São José. Jul./Ago./ Set. 2000.

REMEN, N. **O paciente como ser humano.** São Paulo: Summus, 1993.

REZENDE, A. L. **Saúde – dialética do pensar e do saber.** São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, H. P. **O hospital:** história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.

SEMINOTTI, R. P. Revista Psicologia Argumento: **Relação médico paciente** Publicação do Departamento de Psicologia e do Instituto Paranaense de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica. Curitiba: Editora Universitária Champagnat, 1999.

SIMONTON, S. M. , et al. **A família e a cura**: O método simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo: Summus, 1990.

SOUZA, A.C. Revista Psicologia Argumento: **O atendimento ao paciente terminal**. Publicação do Departamento de Psicologia e do Instituto Paranaense de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica. Curitiba: Editora Universitária Champagnat, 1997 .

SOUZA, A. M. , RAMOS, E.C. M. E., FERREIRA, E.S. ,et al. **Serviço social em oncologia**, Imprensa Oficial Do Estado S.A.- IMESP, São Paulo, 1997(reimpressão). Org. Comitê de S.S. em Oncologia-FOSP.

TAHKA, U. **O relacionamento médico-paciente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DADOS DA DISCIPLINA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO I

Nome: ANA PAULA BARCELOS ADAO

Matrícula: 96216042

Fase de Estágio: I

Instituição Campo de Estágio: HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ

Supervisora de Campo: RENATA HELENA FERNANDES

Professora Supervisora de Ensino: EDALÉA MARIA RIBEIRO DA SILVA

Total de Horas: 216

Semestre: 99/1

DADOS DA DISCIPLINA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

Nome: ANA PAULA BARCELOS ADAO

Matrícula: 96216042

Fase de Estágio: II

Instituição Campo de Estágio: HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ

Supervisora de Campo: RENATA HELENA FERNANDES

Professora Supervisora de Ensino: KÁTIA MACEDO REBELLO

Total de Horas: 216

Semestre: 99/2

DADOS DA DISCIPLINA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO III

Nome: ANA PAULA BARCELOS ADAO

Matrícula: 96216042

Fase de Estágio: III

Instituição Campo de Estágio: HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ

Supervisora de Campo: RENATA HELENA FERNANDES

Professora Supervisora de Ensino: KÁTIA MACEDO REBELLO

Total de Horas: 216

Semestre: 00/1

ANEXOS

ANEXO 1

DIREITOS DO PACIENTE

TODO PACIENTE TEM DIREITO:

1. De receber um atendimento atencioso e respeitoso;
2. À dignidade pessoal (não ser obrigado a ficar despido mais tempo que o necessário e têm direito de exigir a presença de outra pessoa do mesmo sexo quando examinado);
3. A sigilo ou segredo médico;
4. De conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento;
5. À informação clara, numa linguagem acessível, sobre o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico;
6. De comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário um tradutor;
7. De recusar tratamento e de ser informado sobre as conseqüências médicas dessa opção;
8. De ser informado de projetos de pesquisas referentes ao tratamento, e de recusar a participar dos mesmos;
9. De receber uma explicação completa referente à sua conta hospitalar;
10. De reclamar (o que não deverá influenciar na qualidade do tratamento);
11. De recusar a realização de exames desnecessários (raio x, exames de sangue e urina, etc. executados recentemente);
12. De ter acesso a uma segunda e/ou terceira avaliação;
13. De escolher o médico e/ou o especialista dentro do ambiente hospitalar;
14. De questionar a medicação prescrita;
15. De ter acesso à ficha médica (prontuário).

ANEXO 2

“Ainda bem que borboleta não precisa de hospital”

Dona Curiosidade é uma “borboleta” esperta, investigadora, perspicaz e curiosa. Certo dia, voando pelas ruas da cidade, começou a observar: os movimentos dos carros, o colorido da natureza, o corre-corre das pessoas, a rotina do trabalho, o relacionamento dos seres humanos, a estrutura e a organização dos serviços prestados à população... De repente, deparou-se com um prédio enorme chamado “**HOSPITAL**” e, na porta de entrada, havia uma multidão...

Dona Curiosidade ficou perplexa com o “tamanho da estrutura” e com tantas pessoas que entravam e saíam do prédio, demonstrando em suas fisionomias um grau de insatisfação, de revolta, de tristeza. Tudo isso e muito mais despertou o interesse de Dona Curiosidade para entrar e conhecer este “Gigante Hospital”. Ficou em dúvida de como entrar; por onde entrar. Teve uma idéia! Voou e pousou no boné do guarda que controlava a entrada das pessoas e, com isso, possibilitou seu ingresso no recinto de marcação de consultas de forma mais rápida. Era tanta a confusão que resolveu observar esse local com os olhos bem abertos e com uma caderneta para anotar os seus registros.

Neste momento, Maria, uma senhora de 65 anos que aguardava há quatro horas na fila para marcar uma consulta com o neurologista, chegou ao guichê nº 3 com sua carteirinha e disse:

- Moço, quero marcar uma consulta com o neurologista.
- Não é neste guichê. Procure o guichê nº 6.

Chegando no guichê nº 6, Maria se manifesta:

- Moça, o moço do guichê ali do lado disse para eu vir aqui marcar uma consulta com o neurologista.

- Sinto muito, minha senhora, o guichê onde marcam a consulta para o neurologista mudou na semana passada e agora fica no corredor à esquerda.

Maria cansada, desorientada, apavorada e sentindo-se uma “bolinha de pingue-pongue” conseguiu, enfim, chegar ao guichê e falou:

- Moço, a moça do outro lado do corredor disse que aqui se marcava consulta para o neurologista.

- Sim, é aqui, mas as consultas já forma todas marcadas. A senhora terá que voltar nos dias 4 e 5 do próximo mês e, se quiser realmente uma vaga, venha no dia anterior e durma na fila.

- Mas moço, eu sou uma pessoa de idade, muito doente, aposentada, moro longe daqui. Para “pegar” o ônibus, preciso caminhar 3 Km até a estrada. Não tem como falar com o médico para ver se ele me atende?

- As informações que eu tinha para lhe oferecer já foram dadas. Tenho ordens expressas do médico neurologista; ele não atende mais de cinco pessoas no seu horário para não atrasar o atendimento em seu consultório particular. Minha senhora, estamos cumprindo nosso papel e as normas do hospital. Bom dia, até o mês que vem. O próximo, por favor...

- Mas moço!?!?!?

Maria saiu chorando, decepcionada, não sabendo o que fazer...

Dona Curiosidade, espantada com o fato começou a interrogar-se: uma pessoa paga altos impostos e ao precisar de serviços de saúde não é atendida? Como as normas são estabelecidas dentro da estrutura hospitalar? A quem o hospital atende? Por que o médico estabelece seu número de consultas? Por que os funcionários são tão “disciplinados”?

Dona Curiosidade fez suas anotações e resolveu voar e conhecer outro setor. Pousou no suporte de solução da sala de atendimento do Pronto Socorro e atentou para os fatos que estavam ocorrendo.

Num banco grande e sem conforto encontravam-se várias pessoas aguardando para serem atendidas: um com braço fraturado, outra com crise convulsiva, outra com ameaça de aborto, outra com enxaqueca violenta...

De repente, uma mãe aos gritos e prantos entra no Pronto Socorro com seu filho nos braços e coloca-o na maca. A enfermeira Denise se aproxima e diz:

- Mãe, aguarde lá fora, aqui não é o seu lugar no momento.

A mãe se retirou e a porta da sala foi fechada.

O menino de oito anos, que sofrera uma fratura no fêmur, chorava de dor e pedia pela mãe. O médico de plantão, Ricardo, aproximou-se do garoto e, com a ajuda da auxiliar de enfermagem Cláudia, despiu o menino, examinou-o e o interrogou:

- Dói aqui? E aqui?

- Dóóóói. Saía daí, quero minha mãe.

- Como foi que aconteceu o acidente?

- Não lembro, só sei que foi um carro que me atropelou... Por favor, quero minha mãe. Me tape, estou com frio.

O médico continuou examinando e não deu muita atenção ao que o menino expressava. Ricardo chama a enfermeira:

- Denise, prepare duas ampolas de Dorscopena em 500ml de solução fisiológica. Instale a 20 gotas por minuto. Volto logo, vou chamar meus alunos e o médico especialista. Achei essa fratura interessante, quero que eles vejam.

O médico se retirou. A enfermeira, junto com a auxiliar, instalou a solução fisiológica, verificou os sinais vitais e cobriu o menino.

Passaram-se duas horas. A mãe, angustiada e sem informações sobre o estado de saúde do filho, bate na porta, abre e:

- Psiu!Psiu!...Enfermeira, por favor, como está o meu filho? Afinal, o que atingiu no seu corpo?

- Ó mãe, não lhe disse para aguardar lá fora? Ainda não é o momento de ficar aqui.

A mãe aflita novamente se retira e senta no banco esperando que alguém traga notícias de seu filho.

Enquanto isso, o menino pergunta à enfermeira:

- Hei, moça de branco, era minha mãe que estava falando, não era?

- Não. Fique quietinho, para não doer mais. O médico já estará de volta.

- Tia, estou com sede e quero água. Chame minha mãe que ela me dá água.

O médico estava demorando para voltar e a enfermeira não sabendo se o menino iria ou não realizar cirurgia resolveu, mesmo assim, oferecer um pouco de água.

Dona Curiosidade estava inquieta observando os acontecimentos e anotando todos os detalhes.

Passaram-se 4 horas...A mãe volta a bater na porta e pergunta:

- Enfermeira, como está meu filho?

- Quem pode dar esta informação é o médico. Ele não está aqui. Foi chamar um especialista. Mas não se preocupe, o caso vai ser resolvido com ou sem cirurgia.

- O quê?

- Nada não, depois lhe daremos maiores informações. A senhora já preencheu a fichinha com a secretária?

- Não.

- Vá preenchê-la, é importante para registrarmos o fato. Aguarde lá fora, por favor.

A mãe se retirou mais uma vez...

O médico retornou junto com seus alunos e o especialista em traumatologia e se aproximaram do menino.

- E aí garoto, tudo bem? Olhe, trouxe um "grande" especialista para examina-lo.

- Não, estou com dor e sede. Não quero que examinem, quero minha mãe.

Interrompe a enfermeira:

- Doutor, a mãe do garoto está aguardando pelas informações sobre o estado dele. Ah, dei um pouco de água para ele beber.

- O quê? Quem autorizou a fazer isso? Quantas vezes precisamos falar que somos responsáveis pelos pacientes. Os pacientes são nossos.

Dona Curiosidade balança a cabeça...

A enfermeira responde rapidamente:

- Sim, doutor, mas nós também somos responsáveis. Devemos trabalhar juntos.

O médico deu um sorriso e continuou falando...

- Ah! Ah! Vejam como essa fratura é interessante. O fêmur acavalou-se e desviou-se à esquerda comprometendo grande massa muscular...

o médico plantonista, o especialista e os alunos examinaram por mais meia hora a "fratura interessante" do menino e chegaram à seguinte conclusão: que sua redução somente era possível através de cirurgia. Resolveram chamar a mãe.

- Denise, peça para a mãe do garoto entrar.

A mãe triste, apavorada e ansiosa aproximou-se do filho, beijou-o e disse:

- Paulinho, meu filho querido, como está?

- Agora estou bem mãe. Você está aqui.

- Mãe, chamamos você aqui para lhe dizer que seu filho sofreu uma fratura muito séria e que teremos que submetê-lo à cirurgia.

- O quê? Isso não é muito perigoso?

- Não, ele é um garoto e vai reagir bem.

Paulinho foi para a cirurgia e...

Dona Curiosidade apavorada questiona-se: Por que é tão difícil ter acesso às informações? Por que o médico sabe tudo e quer mandar em todos? Por que ninguém se preocupou em saber o nome do menino e considera-lo como um ser humano? A "fratura interessante" é tão importante assim? Por que a mãe precisou ficar angustiada por tanto tempo? Será que encontraríamos um pronto socorro diferente? Onde será? Não quero mais ficar aqui, vou voar para o sexto andar e conhecer a Unidade de Internação de clínica médica.

Chegando lá, Dona Curiosidade pousou no posto de enfermagem e procurou entender quem era quem e o que se fazia neste setor.

Neste momento, a Tânia, auxiliar de enfermagem, e a Dalva, técnica de enfermagem, preparavam a medicação e aproveitavam para conversar sobre os baixos salários, o sofrimento delas frente ao estado de saúde dos

pacientes, falta de material mínimo para realizarem suas atividades, colocando muitas vezes suas próprias vidas em risco.

Neste instante, entra a Vanusa, enfermeira-chefe, e pergunta:

- Que conversa é essa?

- Olha chefe, estávamos conversando sobre nós trabalhadores.

- Ora, isso não é hora para tratar deste assunto. Vamos mais rápido com esse preparo de medicação, pois os leitos 5 e 23 terão que descer para o Raio X. Os leitos 4 e 7 precisam ser higienizados antes que o Dr. Cássio chegue. Preciso rever todas as prescrições médicas para verificar se tudo foi realizado e checado. Estou atrasadíssima. Ah... ainda preciso falar com a nutricionista para resolver o problema da dieta do leito 15 e com o fisioterapeuta para avaliar o leito 8.

- Chefe, você corre-corre todo dia para arrumar a "casa dos outros". Gostaria que parasse um pouco para nos ouvir.

- Vou procurar um tempo, prometo. Agora não posso. Ah... não esqueçam de trocar os curativos e encaminhar os pedidos de exame que os médicos solicitaram.

Dona Curiosidade registra tudo em sua caderneta.

Passaram-se algumas horas e chega o Dr. Cássio com seu avental branco, estetoscópio pendurado no pescoço e com uma pose de "dono do saber". Dirige-se ao pessoal de enfermagem e...

- Bom dia meninas. Como está meu paciente?

- Está triste, não quer comer, falar. Acho que está assim porque não sabe seu diagnóstico.

- Vou vê-lo. Tânia, arrume o material de punção lombar, precisarei dentro de 15 minutos.

- Sim, vou providenciar.

O médico dirige-se ao leito do paciente. Dona Curiosidade sempre alerta resolveu acompanhá-lo até a enfermaria e...

- Bom dia rapaz. Como tem passado?

- Bom dia. Tenho passado mais ou menos. Estou querendo saber o que eu tenho. Ando muito angustiado.

- Mas o que é isso, não se preocupe. Preciso fazer mais exames e aqui você está bem cuidado.

- Tenho ainda dúvidas, Doutor. Não agüento mais. Falo e parece que ninguém me ouve, até o senhor. Não sei porque me manipulam tanto, como se eu fosse um objeto. Vem um, vem outro e assim por diante.

- Mas moço, você está num hospital, portanto precisa se submeter a tudo isso e dar graças a Deus por estar sendo atendido.

- Concordo em parte com o que o senhor está dizendo, mas perder a identidade... é difícil de aceitar. Afinal, Doutor, o que eu tenho?

- Não seja tão curioso. Aguarde.

- É, estou cansado de esperar. Já perguntei para várias pessoas sobre o meu estado de saúde. Todos me "enrolam" e dizem para "mim" perguntar ao senhor.

- Ah! Ah! Ah!... Ansiedade não faz bem a ninguém, descanse. Vou prescrever mais dois remédios e solicitar três exames para amanhã. Ok? Tchau! Volto à tarde.

O paciente ficou indignado, pois continuava sem resposta para a sua dúvida sobre seu estado de saúde.

Dona Curiosidade suspirou e... voou quando, de repente, deparou-se com a auxiliar de enfermagem Tânia e a enfermeira Vanusa.

- Enfermeira Vanusa, o familiar do leito 3 ainda está aí. Já falei que o horário de visitas acabou e que precisa retirar-se. Esses familiares... o que incomodam!

- Deixa comigo, já vou resolver isso.

A enfermeira aproxima-se do leito 3 e com uma voz de autoridade falou ao familiar:

- Terminou seu horário e, se você não for embora, não autorizo mais sua entrada quando solicitar. Caso você não saia, chamo o guarda.

Nesse instante o paciente começa a chorar e fala à enfermeira:

- Sniff...sniff... enfermeira, por favor deixe minha mãe ficar, estou angustiado, sniff...

- Não posso. As normas foram feitas para serem cumpridas. Abrir uma exceção é correr riscos... Até logo, e não esqueça, só uns minutinhos, senão chamo o guarda.

A enfermeira retirou-se. A mãe despediu-se do filho e saiu com medo de que fizessem alguma "coisa" com ela e com o filho.

Dona Curiosidade apontou todos os detalhes: hierarquia do serviço de enfermagem, subordinação do auxiliar e técnico à enfermeira e desta ao médico, falta de trabalho em equipe, uso inadequado da autoridade (enfermeira, médico), falta de condições adequadas para o trabalho, necessidade de espaço para a conversar, mais preocupação com a execução da técnica do que com o ser humano, desrespeito às dúvidas e à identidade do paciente...

Depois desses apontamentos, resolveu procurar um setor que fosse diferente, mais ameno. Voou e desceu para a ala administrativa do hospital. Encontrou uma sala com a porta entreaberta, entrou e pousou. Adivinha de quem era essa sala? Era do Diretor-Geral e estava acontecendo uma reunião executiva com as Direções Clínicas, de Enfermagem, de Ensino e Pesquisa e Administrativa.

Dona Curiosidade, muito esperta, resolveu ficar para ouvir sobre o que estavam tratando. Naquele momento, olhou atentamente para a parede e avistou um quadro com os seguintes dizeres:

Filosofia do Hospital

*Este estabelecimento de saúde tem por primeiro objetivo atender de forma integral o **SER HUMANO** em suas necessidades independentemente de credo, raça, idade, sexo... procurando promover e restabelecer sua saúde. Para que isso ocorra, todos os profissionais devem estar comprometidos...*

A Direção

Após ler o mesmo, anotou em sua caderneta...

O Diretor Geral abre a sessão. Faz a leitura da ata e coloca a pauta da reunião: "Vamos tratar sobre redução de custos". Após muitas discussões os membros deliberam o seguinte: demissão de funcionários, redução de

número de leitos, comprar material estritamente necessário e mais barato, as rotinas de enfermagem devem ser revistas para diminuir gastos...

Dona Curiosidade, espantada, triste, confusa, não agüentou mais a sufocação. Voou e saiu do recinto hospitalar em direção ao galho de uma árvore, onde pousou. Desse lugar avistava o “Gigante Hospital” e questionava-se: que estrutura é essa? É possível construir outra diferente? Acho que não tive sorte em escolher esse dia para conhecer este “Magnífico Prédio”. Talvez os outros dias não sejam assim, sejam melhores...

Dona Curiosidade fechou a caderneta de anotações e encerrou-a com as seguintes palavras:

“AINDA BEM QUE BORBOLETA NÃO PRECISA DE HOSPITAL”

ANEXO 3

Programas existentes no Hospital Regional São José Dr. Homero de Miranda Gomes - HRSJHMG:

→O Programa de Planejamento Familiar foi implementado no HRSJHMG, em função do grande número de usuários que recorriam ao Serviço Social para solicitar informações e/ou encaminhamento para realização de esterilização definitiva, realizadas no Hospital Universitário -HU e Maternidade Carmela Dutra, ambos em Florianópolis. Essa demanda reprimida, atualmente está sendo atendida pelo Programa de Planejamento Familiar agora existente no Hospital Regional de São José.

O Programa têm atingido á homens e casais com vida sexualmente ativa que desejam evitar a gravidez, residentes no município de São José, Palhoça e Biguaçu. A demanda externa (50%) vêm encaminhada através de consulta realizada nos Postos de Saúde dos Municípios inseridos no programa. e a demanda interna (50%) vêm via ao Planejamento Familiar do HRSJ, mas somente são encaminhadas gestantes e/ou puérperas atendidas na Maternidade do próprio HRSJ, com encaminhamento do médico (a), enfermeiro (a) ou assistente social pertencentes à equipe do Programa.

A equipe multiprofissional é formada por enfermeiros, obstetras, assistente social, urologista, cirurgiões gerais, técnico-administrativo.

A importância do Programa em termos educativos é que proporciona o conhecimento e acesso aos usuários dos métodos contraceptivos.

→O Programa de Apoio ao Paciente Diabético, têm como objetivo prestar atendimento através do acompanhamento sistemático no ambulatório do HRSJHMG, juntamente com a equipe multidisciplinar que integra o programa, qual seja: médicos endocrinologistas, assistente social, enfermeira, nutricionista, condicionador físico.

As ações se efetivam através de consulta médica com agendamento automático da reconsulta, acompanhamento do Serviço Social para a

agilização de recursos sociais; acompanhamento da enfermagem para orientações gerais; acompanhamento com a nutricionista para orientações sobre dietas, ratificação da importância do exercício físico através de atividades com o condicionador físico; organização de palestras, cursos e atividades culturais.

→O Programa de Adolescentes Grávidas, objetiva orientar as futuras mães sobre as mudanças que ocorreram em suas vidas, e procura também trabalhar suas ansiedades, medos e inseguranças naturais devido ao estado de "fragilidade" em que se encontram. As ações são executadas através de reuniões quinzenais, nas quais são discutidos assuntos de interesse dos participantes. Acontece concomitantemente as reuniões, acompanhamento ambulatorial (pré-natal), objetivando o combate e prevenção a mortalidade infantil e materna.

A equipe multiprofissional é formada por ginecologista, assistente social, enfermeira, e eventualmente psicólogo e condicionador físico.

→O Programa de Atendimento às Mães que tiveram seus bebês Prematuramente – Programa Técnico Científico Interdisciplinar de Assistência Perinatal -PROTEGER-, objetiva melhorar a assistência global do recém-nascido de alto risco internado; objetiva também acompanhar, orientar e dar suporte às mães e/ou responsáveis à respeito de seus filhos/RN's internados na UTI-Neonatal.

O trabalho se desenvolve através de acompanhamento sistemático e reuniões semanais com as mães e, com atendimento ambulatorial também semanal com os bebês, pós-alta.

A equipe multiprofissional é formada por assistente social, enfermeira, fonoaudióloga, psicóloga, neurologista e neonatologista.

→O Hospital-Dia é um serviço que existe para evitar a internação e reinternação de pacientes na unidade hospitalar. O serviço consiste em agendamentos efetuados pelos pacientes com horários para tomarem medicação no próprio Hospital-Dia.

Paralelo ao Hospital-Dia, existe um grupo – Reunir – o qual consiste num grupo de apoio à pacientes com HIV/AIDS, que objetiva viabilizar ações que possam permitir aos pacientes, adquirir um equilíbrio de pensamentos, emoções e atitudes, por períodos prolongados, desenvolvendo com isso o autocontrole perante fatores de estresse, o que lhes permitirá a potencialização dos resultados obtidos com seus complexos tratamentos medicamentosos à infecção do HIV.

A metodologia utilizada é o processo grupal, através de palestras informativas, terapia, técnicas de relaxamento e psicodramáticas. Essas reuniões são semanais e acontecem no auditório do HRSJHMG.

A equipe multiprofissional é formada por assistente social, psicóloga, médico infectologista.

ANEXO 4
ROTEIRO DE ENTREVISTA
PROFISSIONAIS DA SAÚDE - UNIDADE 5ºB

- 1- Nome:
- 2- Área/Especialidade:
- 3- Quantos pacientes normalmente acompanha?
- 4- Como você vê o paciente? Qual sua percepção quanto ao paciente?
- 5- Qual o papel da família no tratamento do paciente?
- 6- O que o paciente e a família podem esperar dos profissionais de saúde durante uma longa internação?
- 7- Quais as necessidades mais freqüentes dos paciente e seus respectivos acompanhantes?
- 8- Quais as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia com o paciente internado? E com seus familiares?
- 9- Quais as situações mais problemáticas no contexto hospitalar e que interferem no teu agir profissional?
- 10- O que pode fazer o profissional de saúde diante do estado terminal do paciente? Qual atitude mais adequada.
- 11- Você se considera preparado para lidar com sentimentos e atitudes conflitantes do paciente, bem como para acompanhar o processo de "morte anunciada" de um paciente terminal? Na sua opinião, o que poderia contribuir para uma maior reflexão sobre esta questão?
- 12- O Serviço Social é uma possibilidade de intervenção para ajudar no processo saúde/doença dentro de uma unidade hospitalar. Como você percebe esta possibilidade?

ANEXO 5
ROTEIRO DE ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS PACIENTES E SEUS FAMILIARES

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Grau de instrução:

Profissão:

Município de origem:

Diagnóstico:

1. Como você e sua família se sentem após descobrirem o tipo de doença que o afeta?
2. Como você e seus familiares vêm reagindo frente ao tratamento?
3. Como você e sua família vêm as reinternações?
4. Como vêm se dando a rede de relações? Recebe visitas? De quem?
5. Se não, por qual motivo?
6. Continua a tomar as decisões sobre si e seus familiares?
7. Ou você sente que perdeu sua autonomia?
8. Como está seu relacionamento conjugal?
9. Como você vêm sendo tratado pela equipe de saúde?
10. Você se sente como se fosse mais um número do total dos leitos da unidade?
11. Como o Serviço Social se insere neste contexto?
12. No que o Serviço Social poderia ajudar efetivamente nesta rede de relações?
13. Qual a possibilidade que você –paciente- vê no Serviço Social?
14. O Serviço Social é uma referência para você – paciente – e seus familiares?
15. Se não, por qual motivo?