

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR: A RELAÇÃO DO PROFISSIONAL
COM O PACIENTE INTERNADO E SEU
ACOMPANHANTE**

FABRÍCIA RAIMUNDO

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2003

FABRÍCIA RAIMUNDO

**SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR: A RELAÇÃO DO PROFISSIONAL
COM O PACIENTE INTERNADO E SEU
ACOMPANHANTE**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 28/02/03

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.


Prof.^a Krystyna Matys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

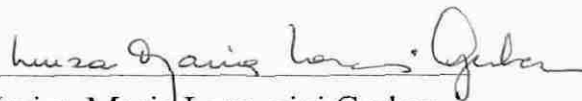
Orientadora: Prof^a Magda Duarte dos Anjos Scherer

Florianópolis, fevereiro de 2003.

BANCA EXAMINADORA



Magda Duarte dos Anjos Scherer
Presidente da Banca



Luiza Maria Lorenzini Gerber
2º Examinador



Maria de Nazaré Viga do Rosário
3º Examinador

Data de Aprovação: 28/02/2003
Acadêmica: Fabrícia Raimundo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero manifestar minha gratidão a Deus!

Aos meus pais Anelita e Nelito e minha irmã Grazi, pelo carinho, amor e paciência que sempre me dedicaram.

A toda minha família, que direta ou indiretamente torceram por mim desde o dia que passei no vestibular, em especial a minha tia Lúcia que foi a primeira a me dar a notícia.

As amigas que fiz durante estes quatro anos de curso, Samara, Priscila, Gisele e Lorena e todos os meus amigos, no qual prefiro não citar nomes para não correr o risco de esquecer de alguém, obrigada por me apoiarem e pela amizade.

À professora Magda Duarte dos Anjos Scherer, pela orientação e dedicação neste trabalho.

À Assistente Social do HU, Luiza Maria Lorenzini Gerber, pela oportunidade e orientação durante o período de meu estágio, e a todos da mesma instituição que me acolheram e me apoiaram de alguma forma.

A Nazaré, por aceitar prontamente a participar de minha banca.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
CAPÍTULO I.....	8
1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL.....	8
CAPÍTULO II.....	23
1 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	23
CAPÍTULO III.....	35
1 A RELAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL, PACIENTE INTERNADO E ACOMPANHANTE.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	54
ANEXOS.....	56

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo promover a discussão de um tema pouco difundido no Serviço Social, o Serviço Social na área da saúde mais especificamente o Assistente Social na área hospitalar e a relação do profissional com o paciente internado e seu acompanhante.

Para melhor apresentar o tema a monografia foi dividida em três capítulos. Em seu primeiro capítulo intitulado de; A trajetória da saúde no Brasil, apresento um breve histórico da trajetória da saúde no Brasil até a implantação do atual sistema de saúde o SUS, e as mudanças que ocorreram durante este período. Como a significativa atuação do Assistente Social na área da saúde principalmente em hospitais e as políticas públicas que estes profissionais se utilizam em seu cotidiano lidando com pacientes internados e seus acompanhantes.

No segundo capítulo; O Serviço Social na área da saúde apresento um breve histórico da trajetória e criação do Serviço Social em todo o mundo e especialmente no Brasil, e sua evolução que abriu portas para a atuação do profissional em diferentes áreas como a da saúde e todos os obstáculos que o Assistente Social enfrentou até ser reconhecido como profissional de saúde de nível superior somente em 1997 apesar de já atuar nesta área a vários anos.

Finalmente no terceiro e último capítulo; A relação Assistente Social, paciente internado e acompanhante, apresento um pouco da história dos hospitais para tentar esclarecer de onde vem este estigma do hospital ligado a morte e o medo que as pessoas sentem dele, e também a relação do profissional do Serviço Social que trabalha justamente neste lugar que causa tanto receio nos pacientes internados e seus acompanhantes e as dificuldades e mudanças que enfrentam durante o período da internação.

INTRODUÇÃO

O tema da presente monografia é resultado de um grande interesse que em mim foi despertado durante meu estágio curricular obrigatório, que realizei no Hospital Universitário junto as Clínicas Médicas I e II (Clínicas de internação) e UTI. No estágio pude vivenciar e participar da realidade do Assistente Social e seu relacionamento com os pacientes internados e seus acompanhantes.

Este trabalho, que desenvolvi através de pesquisa bibliográfica, constitui-se de três capítulos. Tendo como objetivo principal apresentar uma discussão sobre o Serviço Social na área da saúde, especialmente na internação hospitalar e a relação do profissional com o paciente internado e seu acompanhante.

No primeiro capítulo procurei apresentar um breve histórico da trajetória da saúde no Brasil, todos os avanços que foram alcançados até chegar no atual modelo que com todo este processo de mudança abriu uma nova área de atuação para o Serviço Social na saúde pública, principalmente em hospitais onde sua demanda é muito grande, mostrando em especial sua atuação na área de internação. Também procurei mostrar algumas das políticas públicas de saúde destinadas aos pacientes internados e seus acompanhantes, atores do cotidiano do profissional que trabalha nesta área, e que exigem do mesmo um posicionamento firme e esforço frente estas políticas para tentar efetiva-las da melhor forma possível.

Procurei abordar como questão de maior dificuldade de resolução para o profissional que trabalha na área hospitalar de internações a acomodação do acompanhante do paciente internado, pois é assegurado somente o direito de ter acompanhante a pacientes menores de dezoito anos e maiores de sessenta anos. Mesmo existindo leis que asseguram este direito, na maioria das vezes esta não pode ser cumprida, pois não há estrutura para acomoda-los adequadamente, o que ocasiona uma certa revolta por parte do acompanhante

que geralmente acha que é má vontade do Assistente Social em tentar solucionar seu problema.

No segundo capítulo procurei realizar um breve resgate histórico da criação e trajetória do Serviço Social em todo o mundo e especificamente no Brasil, e todas as dificuldades que o profissional do Serviço Social encontrou até ser reconhecido como profissional de saúde.

No terceiro e último capítulo optei por começa-lo expondo um pouco da história do hospital, cenário principal para o Assistente Social que trabalha com pacientes internados, tentando apresentar o posicionamento do Assistente Social frente a angústia do paciente e seus familiares, e a transformação que ocorre em suas vidas diante desta situação inesperada.

CAPÍTULO I

I A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL

A saúde no Brasil vem passando por diversas transformações até chegar no sistema utilizado hoje, muitos avanços foram feitos e ainda há muito que melhorar. Dentro deste contexto de mudanças e inovações acentuou-se a presença do profissional do Serviço Social na rede pública, principalmente em hospitais onde sua demanda é muito grande especialmente nas áreas de internação, onde talvez seja a área em que é mais solicitado e que requer muito do profissional, pois, além de atender os pacientes internados é necessário também dar muita atenção aos seus familiares e tentar solucionar da melhor forma possível os problemas gerados para ambos durante o período da internação.

Para poder melhor entender o sistema de saúde utilizado hoje é necessário que tenhamos conhecimento de todo o processo histórico que ocorreu para chegarmos no atual modelo de saúde.

Durante o período Militar, a saúde não era direito de todos, mas apenas a assistência médica era prometida a quem tinha carteira assinada e pagava a Previdência Social. Ao restante da população, só mesmo pagando ou se sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde, os Governos Estaduais e Municipais e os Hospitais Universitários assim podiam fazer algum tipo de atendimento. Esta parte da população que não podia pagar e não tinha plano na previdência era chamada de carente ou indigente.

Com este quadro na metade da década de 70, o único que se beneficiou desta descoordenação foi o setor privado. Com o grande crescimento dos serviços médicos

privados, em especial hospitais, mal distribuídos e centrados nas grandes cidades, e que estavam todos ligados a esfera Federal, pelo INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Assim não havia interesse em que o serviço público funcionasse, para favorecer os privados. Os Centros de Saúde públicos, ambulatorios e hospitais ficaram desprestigiados e começaram a piorar.

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento representado pelo CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, apresentou e discutiu pela primeira vez publicamente, sua proposta de reorientação do sistema de saúde, que já se chamava SUS - Sistema Único de Saúde. Esta proposta levava em conta as experiências bem sucedidas em outros países, e tinha por base já os atuais preceitos do SUS, ou seja, a democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional de natureza pública, descentralizado, integrando as ações preventivas, curativa e democrática com participação da população.

Com o agravamento da crise econômica e com a pressão do povo por melhores serviços de saúde, em 1980, o próprio governo elaborou um projeto de reorientação global do sistema de saúde, a partir da implantação de uma rede de serviços básicos de saúde, conhecida como PREV - SAÚDE, porém este sofreu muitas pressões e não saiu do papel.

Já em 1982, não suportando mais os gastos da Previdência Social com o INAMPS, o governo adota algumas medidas, como pagar ao setor privado por diagnóstico e não mais por atos. Também em 1982 foram criadas a AIH - Autorização de Internação Hospitalar, com seu novo sistema de contas hospitalares, diminuindo drasticamente as despesas com internações hospitalares, e as AIS - Ações Integradas de Saúde, representaram a possibilidade de que as instituições públicas de saúde se conhecessem mutuamente e fizessem um planejamento mais integrado. Surgiram também as Comissões interinstitucionais de saúde, CIS e CIMS, sementes dos atuais conselhos de saúde. Assim

foram a base do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, fase anterior ao SUS.

Estas mudanças ocorrem num contexto de democratização entre a superação do regime militar, e o surgimento da Nova República em 1985, onde os movimentos sociais intensificam-se, e em 1987 é levado a Assembléia Nacional Constituinte o projeto da Reforma Sanitária Brasileira que prevê a democratização da saúde, dando ao povo o direito a saúde, não por pagamento, mas simplesmente por serem cidadãos.

Em 1988 a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, que pela primeira vez tinha uma seção sobre a saúde, sendo incluída dentro de um capítulo chamado de Seguridade Social.

A Constituição Federal do Brasil em seu Art.196, afirma que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS.

Ainda no ano de 1988, houve uma certa resistência quanto ao envio das Leis Orgânicas da Saúde ao Congresso Nacional, o que acabou acontecendo quase um ano depois (julho/agosto de 1989). A aprovação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, só ocorreu em 1990, atrasando a implantação do SUS em dois anos. Estas leis mostram e regulamentam a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além da participação complementar da iniciativa privada. E dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Também em 1990, foram promulgadas as Leis

Orgânicas Municipais e as Constituições Estaduais.

O Sistema Único de Saúde, segundo definição do Artigo. 4º da Lei Federal nº 8.080/90 é:

“O conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.”

Apesar das dificuldades na implantação do SUS, o processo não parou e muitas experiências nas esferas municipais avançaram, assim como as criações dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo foram se tornando uma realidade irreversível e dando o toque do novo na política de saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde que deveria se realizar em 1990, também foi sucessivamente adiada, e depois de muita pressão, foi realizada no segundo semestre de 1992. Nessa Conferência não apareceram propostas novas. Todas as discussões e recomendações indicavam que o projeto da Reforma Sanitária e do SUS, aprovada pela 8ª Conferência (1986) continuava válido e era necessário o Governo cumprir a lei e colocá-lo em funcionamento.

Em maio de 1993, foi publicada pelo Ministério da Saúde, a NOB/93 - Norma Operacional Básica, que estabeleceu medidas para descentralização dos serviços de saúde. Na mesma época foi extinto o INAMPS. Já no ano de 1996, surge a NOB/96, que fortaleceu o processo de municipalização e tentou fazer uma melhoria neste sistema.

A NOB/96 além de promover uma integração de ações entre as três esferas do Governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para o Estado e principalmente para os Municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentradas na esfera federal.

E recentemente surge a NOAS - SUS (01/2001) - Norma Operacional da Assistência à Saúde. O conjunto de estratégias apresentadas nesta NOAS articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo. Neste sentido, a NOAS - SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento.

Assim cada vez mais o SUS vai se firmando, apoiado nas leis Federais. Porém, por ser um sistema relativamente novo ainda há muito que melhorar.

Baseado nos preceitos da constituição, o SUS tem as seguintes características:

- **Universalidade** - O SUS deve atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento, não mais excluindo trabalhadores informais respeitando assim a Constituição. Sabendo-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado.
- **Integralidade** – Entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- **Equidade** - No Sistema Único de Saúde, todo cidadão é igual, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Tendo o direito de ter o atendimento específico para suas necessidades e também respeitando as demandas de cada localidade.

- **Descentralização** - É a distribuição das responsabilidades pelos serviços de saúde, em todas as esferas do governo, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a sua solução. Dessa forma, deverá haver uma inversão do quadro que perdurou durante muito tempo no Brasil, quando a maioria dos serviços de saúde eram vinculados a esfera federal, como o antigo INAMPS. Defendendo-se hoje a idéia de passar também as responsabilidades para as esferas estadual e municipal, principalmente para a municipal, produzindo o que se tem chamado municipalização da saúde.
- **Racionalidade** - O SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços, de acordo com as necessidades da população. Porém não é isso que vimos em todo o Brasil, onde em muitos lugares há serviços hospitalares, mas não há serviços básicos; ou há um aparelho altamente sofisticado, mas não há médico geral, só o especialista. Para que este problema não ocorra o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejada para suprir as necessidades de seus moradores e não somente devem ser tomadas decisões por um Governante que muitas vezes desconhece totalmente a região e suas necessidades.
- **Resolutividade** - O Sistema deve produzir resultados positivos e estar apto para resolver os problemas de saúde que levou a pessoa a o procurar, assim como quando um problema se apresenta em determinada comunidade; e para tudo isso precisa ter qualidade. Utilizando-se de técnicas adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, evitando o desperdício e fazendo com que as verbas públicas sejam utilizadas da melhor maneira possível.

- **Democratização** - Deve ser assegurado o direito de participação de todos os segmentos envolvidos no sistema, garantido constitucionalmente. Tanto de dirigentes institucionais, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e principalmente da população usuária dos serviços de saúde. Este direito implica a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde. Essa participação deve se dar principalmente através dos Conselhos de Saúde, tanto nacional, estadual ou municipal e nas Conferências.

Espera-se que a rede de serviços de atenção básica resolva 85% dos problemas de saúde e que os demais sejam encaminhados para o nível de maior complexidade. Sendo que os usuários que necessitam de internação chegam aos hospitais através da emergência ou pela internação eletiva e estes pacientes necessitam de atenção e amparo de leis específicas.

Em Santa Catarina, em 26 de junho de 2000, foi aprovada a Cartilha dos Direitos do Paciente, através da Assembleia Legislativa pela Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor. Esta cartilha informa todos os direitos dos pacientes, sendo de extrema importância o seu conhecimento por todos os usuários de serviços de saúde, porém é ainda de maior importância para pacientes que necessitam de internação, pois o período em contato com a instituição onde está internado e com os profissionais de saúde geralmente é prolongado.

Segue alguns dos direitos dos pacientes relacionados na cartilha:

- O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.
- O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
- O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com nome completo, função e cargo.
- O paciente tem direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde.
- O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.
- O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV/AIDS ou doenças infecto-contagiosas.
- O paciente tem o direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que,

mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos.

- O paciente tem o direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênicas, quer quando atendido no leito, ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.
- O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de amigos e parentes devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico/sanitárias. Em caso de parto, a parturiente poderá solicitar a presença do pai.

Este último item citado entra em uma questão bastante delicada, fala do direito ao acompanhante. Sabe-se que em qualquer instituição hospitalar na área de internação, é de extrema relevância a presença de familiares junto a seus entes, pois isto favorece ao paciente um certo conforto, e a sensação de não se sentir desamparado em meio a pessoas estranhas. Porém esta questão é muito complexa, apesar de saber da importância do acompanhante junto ao paciente internado, nos deparamos com restrições legais, pois é legalmente amparada a presença de acompanhantes somente a menores de dezoito anos e maiores de sessenta anos. Assim apesar dos avanços feitos com essas leis, fica uma grande lacuna, pois acompanhantes de pacientes fora desta faixa etária ficam desprotegidos legalmente, já que não há nenhuma lei que os ampare, tornando esta situação uma tanto

injusta, pois pessoas entre as idades citadas necessitam tanto de apoio familiar quanto os demais.

Outro obstáculo para a presença do acompanhante é quanto à estrutura física da maioria dos hospitais públicos. Algumas instituições permitem a presença de acompanhantes independente da idade, porém falta espaço físico para acomodar estes acompanhantes. A maioria dos quartos da rede pública são coletivos, exceto os de isolamento, estando geralmente ocupados por leitos de pacientes, tornando-se impossível acomodar camas para os acompanhantes como prevê a lei para alguns casos. Outro problema é a alimentação, que se torna geralmente restrita para acompanhantes de pacientes que residem em cidades distantes do local da internação.

Em meio a toda esta contraditoriedade, está o profissional do Serviço Social que lida diretamente com este problema e muitas vezes é recriminado por paciente e acompanhante, pois os mesmos interpretam os problemas citados acima como má vontade do profissional em tentar solucionar o seu problema.

Especificamente no caso de crianças e adolescentes, o direito de ter acompanhante em casos de internação é assegurado pelo ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei, 8.069/90). Diz o Estatuto:

Capítulo 1: Do Direito à Vida e a Saúde

Art.12 - Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Na área de Pediatria na maioria dos hospitais públicos já está destinado um espaço para acomodar um dos pais ou responsável, visto que a presença deles é totalmente necessária e indiscutível, não gerando maiores transtornos ao Assistente Social.

Para acompanhantes junto a pessoas idosas em casos de internação, foi feita uma primeira Portaria sobre o assunto em 07 de abril de 1999 (ver anexos, p. 60), pelo então Ministro da Saúde José Serra. A Portaria torna obrigatório nos hospitais públicos, tanto controlados ou conveniados com o SUS - Sistema Único de Saúde, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de sessenta anos, quando estes necessitarem de internação. Dando direito ao acompanhante acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

∞ No mesmo ano no mês de junho, foi feita uma nova Portaria (ver anexos, p.62), também pelo então Ministro da Saúde José Serra, porém desta vez com mais informações específicas sobre o acompanhante do paciente idoso internado. Ficou estabelecido assim como na Portaria anterior que pessoas com mais de sessenta anos tem direito a um acompanhante durante o período de internação, especificando melhor os direitos do acompanhante dependendo do período da internação, ficando assim definido: No período de 12 horas de internação, sem pernoite o acompanhante tem direito ao fornecimento de uma refeição e cadeira ou poltrona para sua acomodação e internações por período de 24 horas ou mais, o acompanhante tem direito a duas refeições e cama para sua acomodação adequada. ∞

Durante o período de internação muitas vezes o paciente também necessita recorrer a outros serviços da esfera Federal, além das leis específicas do SUS, como a Previdência Social. Pois esta internação foi provavelmente ocasionada de forma inesperada, mudando bruscamente o cotidiano desta pessoa e conseqüentemente de sua família. Muitas vezes ocasionada por acidentes, doenças crônicas e outros, que fatalmente privará o paciente de continuar trabalhando. Para estes casos e outros, o Hospital, certamente através de um Assistente Social, que necessita de um bom conhecimento das leis da saúde e da

Previdência, informará os Benefícios e Serviços disponíveis para o caso específico do paciente internado e em caso de morte, para a família do mesmo.

Segue alguns dos benefícios e serviços mais utilizados por pacientes internados:

- **Auxílio Doença** – É o benefício a que tem direito o segurado que, após cumprir a carência (tempo mínimo de contribuição), quando for o caso, ficar incapaz para o trabalho (mesmo que temporariamente), por doença. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada através de exame realizado pela perícia médica do INSS.

Não é concedido auxílio-doença ao segurado que, ao se filiar no Regime Geral de Previdência Social, já era portador de doença ou lesão que geraria o benefício, salvo quando a incapacidade decorreu de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão. A carência exigida é de 12 contribuições mensais. Será devido auxílio-doença, independentemente de carência, aos segurados obrigatório e facultativo, quando sofrerem acidente de qualquer natureza. Ele começa a ser pago para o segurado empregado a partir do 16º dia de afastamento da atividade, para os demais segurados a partir da data do início da incapacidade ou; a partir da data de entrada do requerimento, quando requerido após o 30º dia do afastamento da atividade.

Este benefício deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade para o trabalho; quando esse benefício se transforma em aposentadoria por invalidez; quando o segurado solicita e tem a concordância da perícia médica do INSS.

- **Auxílio acidente** – É o benefício que é concedido como indenização, ao segurado empregado, e trabalhador avulso e o segurado especial e ao médico residente que estiver recebendo auxílio-doença, quando a consolidação das lesões decorrentes de

acidente (inclusive acidente de trabalho), resultarem em seqüela definitiva que implique redução da capacidade para o trabalho e/ou impossibilite o desempenho da atividade exercida na época do acidente. O INSS não exige carência para a concessão desse benefício, mas é preciso ter qualidade de segurado, a comprovação da lesão e da impossibilidade de o segurado continuar desempenhando a atividade que exercia na época do acidente, é feita através de exame realizado pela perícia médica do INSS. Esse benefício começa a ser pago no dia imediato ao da cessação do auxílio-doença.

- **Aposentadoria por invalidez** – É o benefício que tem direito o segurado, que após cumprir a carência exigida, esteja ou não recebendo auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e não sujeito à reabilitação para o exercício da atividade que lhe garanta a subsistência.

Não é concedida aposentadoria por invalidez ao segurado que, se ao filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social, já era portador da doença ou da lesão que geraria o benefício, salvo quando a incapacidade decorreu de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão. Se o segurado estiver recebendo auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez começará a ser paga a contar do dia imediato ao da cessação do auxílio-doença.

- **Pensão por morte** – É o benefício a quem têm direito os dependentes do segurado que falecer, inclusive por acidente de trabalho. Para conceder esse benefício, o INSS não exige carência, mas que a morte tenha ocorrido antes da perda da qualidade de segurado. Há três classes de dependentes:

Classe I – O cônjuge, a companheira e o filho não emancipado de qualquer condição ou inválido;

Classe II – Os pais;

Classe III – O irmão não emancipado de qualquer condição ou inválido.

Por determinação judicial proferida em Ação Pública nº 2000.71.00.009347-0, também fará jus a pensão por morte quando requerida por companheiro ou companheira homossexual. A condição de invalidez do dependente maior de 18 anos deverá ser comprovada pela perícia médica do INSS.

A pensão deixa de ser paga pelo falecimento do pensionista; pela extinção da cota do último pensionista; se quem recebe a pensão por morte é o filho ou irmão, o benefício deixa de ser pago quando esse dependente se torna emancipado; quem recebe a pensão é um dependente inválido, o benefício deixa de ser pago quando cessa a invalidez.

- **Auxílio doença por acidente de trabalho** – Acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente da capacidade.
- **Reabilitação Profissional** – É um serviço que o INSS coloca à disposição de seus segurados, inclusive aposentados e dependentes. Tem como objetivo proporcionar aos segurados e dependentes incapacitados, parcial ou totalmente, para o trabalho, os meios indicados para a (re) educação e (re) adaptação profissional e social, de modo que possam voltar a participar do mercado de trabalho. O atendimento é feito

por uma equipe multidisciplinar, que envolve médicos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas, entre outros.

Os serviços de reabilitação profissional são extensivos aos dependentes, de acordo com as disponibilidades técnico-financeiras do INSS. O atendimento à clientela obedece a uma ordem de prioridade, com atenção especial ao segurado vítima de acidente do trabalho.

Para a efetiva realização destas leis e portarias feitas pelo SUS, é de extrema importância o trabalho do Serviço Social dentro das instituições públicas, especialmente em hospitais, esclarecendo e apresentando aos seus usuários seus deveres e direitos.

Porém, até ser reconhecido como peça importante nas equipes de saúde o Assistente Social enfrentou um longo caminho desde o surgimento do Serviço Social até ter seu espaço na saúde reconhecido, sendo necessário conhecer a trajetória do surgimento do Serviço Social primeiramente em países europeus e norte-americanos e posteriormente na América Latina, para enfim chegar ao Brasil onde foi se desenvolvendo e hoje podemos reconhecer os avanços conquistados.

CAPÍTULO II

1 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Atualmente o Assistente Social tem mercado de trabalho garantido na área da saúde, porém para obter este êxito foi preciso percorrer um longo caminho.

O Serviço Social apesar de ter um instrumental técnico-operativo definido guarda traços ainda marcantes de sua origem, a partir da ação de benévolos, da caridade e do assistencialismo, organizada essencialmente através da Igreja Católica. O Serviço Social está situado dentro de um processo de evolução histórica que o legitimou, porém deixou-o com fortes estigmas por sua origem.

A realização da prática assistencial esteve bastante distanciada das relações sociais, associando-se mais à noção de caridade.

Com o advento do cristianismo, a assistência ampliou a sua base, fundamentando-se não só na caridade, mas especialmente na justiça social. Enfatizava-se também a dimensão espiritual da assistência, muitos achavam que praticando a caridade estariam salvando suas almas e garantindo um “pedacinho do céu”.

A organização da prática da assistência, como expressão de caridade cristã, foi objeto de preocupação de muitos teólogos e membros destacados da Igreja, como São Paulo, São Domingos, Santo Agostinho, entre outros.

O grande organizador da doutrina cristã foi, porém Santo Tomás de Aquino, situando a caridade como um dos pilares da fé, imperativo da justiça social aos mais humildes.

Em nome da verdade histórica é indispensável lembrar que muitas práticas de exploração, de repressão e de dominação política e ideológica foram realizadas sob a denominação de caridade. A assistência era encarada como forma de controlar a pobreza e de ratificar a sujeição daqueles que não detinham posses ou bens materiais.

Assim, seja na assistência prestada pela burguesia, seja naquela realizada pelas instituições religiosas, havia sempre outras intenções além da prática pura e inocente da caridade. O que se buscava era perpetuar a servidão, ratificar a submissão.

Somente quando a pobreza tornou-se um fenômeno mundial de massa, percebeu-se que eram necessárias medidas urgentes dos governantes e de outras autoridades ligadas a área social.

A Inglaterra, com a miséria generalizada, fora o primeiro país da Europa a criar não só uma legislação específica para o atendimento da “questão social”, mas um organismo encarregado de racionalizar e normatizar a prática da assistência. Em 1869, criaram a Sociedade de Organização da Caridade, unindo esforços da Igreja Evangélica e da classe dominante.

Já em 1893, também na Inglaterra por iniciativa da Charities Organization Societ, foi criado o primeiro curso experimental de formação para o voluntariado. E em 1894 o primeiro curso organizado de voluntariado surgiu nos EUA promovido por Richard Ayres, em 1896 a publicação do livro “Charity in Englang”, veio para começar a despotelar o interesse pela prática da “assistência.”

A partir de 1897, começou a observar-se a necessidade de qualificação para o trabalho voluntário com a realização da Conferência Nacional de Caridade e Correção, em Toronto. Grande incentivadora desta idéia foi Mary Richmond, que teve forte influência na criação de escolas de Serviço Social que surgiram posteriormente. Pertencente a Sociedade de Organização da Caridade de Baltimore, achava que deveriam ser qualificados os

agentes para o exercício profissional. Os frutos desta conferência foram colhidos no ano seguinte de 1898 nos E.U.A, com a organização dos primeiros cursos de verão para aperfeiçoamento do trabalho voluntário, organizado por E. Edwine.

Mary além de difundir as escolas, durante a realização da Conferência propôs que se criasse uma escola para o ensino da Filantropia aplicada, pois acreditava que só através do ensino especializado poder-se-ia deter a necessária qualificação para realizá-lo.

Com todos estes avanços alcançados, a partir de 1898, se dá o começo de uma nova fase, onde realmente o Serviço Social dá seus primeiros passos. É a fase da institucionalização do Serviço Social, que resulta do reconhecimento da necessidade em ser criado um espaço de moralização do processo de legitimação das desigualdades sociais. A influência de Mary Richmond foi marcante neste processo, devendo-se a ela a organização e a regência dos primeiros cursos de Filantropia Aplicada. Graças ao empenho pessoal de Richmond, a prática da assistência vinha caminhando em direção a profissionalização.

Assim em 1898 na cidade de Nova Iorque houve a criação da primeira Escola de Filantropia Aplicada e antes mesmo do final do século XIX, no ano de 1899, foi fundada a primeira escola européia em Amsterdã. Neste mesmo ano, Alice Salomon iniciou em Berlim cursos para agentes sociais, que acabaram por dar origem a primeira escola alemã em 1908.

Os cursos destinados a formação de agentes sociais multiplicaram-se pela Europa e pelos E.U.A. Em 1908, fundou-se na Inglaterra a primeira escola de Serviço Social, não ainda com esta denominação, porém já incorporada à Universidade de Birmigham, do primeiro curso de Filantropia. Logo em seguida foram fundadas duas escolas em Paris, uma em 1911 por iniciativa de Madame de Butillard, da Escola Normal Social Católica, de

orientação católica e outra em 1913, Escola Prática Social, de orientação protestante. Em 1920 surgiu na Bélgica também a primeira Escola Católica de Serviço Social.

Nesta fase de implantações de Escolas de Serviço Social houve publicações de extrema importância para o Serviço Social, em 1917 foi publicado o livro escrito por Mary Richmond intitulado "Diagnóstico Social", seguido por seu segundo livro já em 1922, intitulado de "Que é trabalho social de casos". Outro fato marcante neste mesmo ano foi a criação da União Católica Internacional de Serviço Social fundada por Marie Baers.

Em 1925, surge a primeira Escola de Serviço Social da América Latina em Santiago no Chile fundada pelo Dr. Alejandro Del Rio, e no mesmo ano realizou-se em Milão na Itália o 1º Congresso Internacional de Serviço Social.

Em 1928 na Conferência Internacional de Serviço Social realizada em Paris, foram tomadas importantes decisões para o Serviço Social. Nesta Conferência foram decididas as áreas de atuação profissional assim como o respectivo perfil de intervenção profissional, posteriormente na Conferência de Milford em 1929 foram estabelecidos os princípios básicos da profissão.

No ano de 1930, foi realizada em Toronto a segunda reunião da Conferência Internacional de Serviço Social, onde foi aprovada uma proposta de organização de delegações regionais de Serviço Social com a finalidade de promoverem um fórum para o debate dos problemas do bem-estar social. Em 1935, foi criada a primeira Escola de Serviço Social em Portugal na cidade de Lisboa.

Finalmente em 1936 é criada no Brasil a primeira Escola de Serviço Social no estado de São Paulo, e no ano seguinte em 1937 foi criada a segunda Escola brasileira no estado do Rio de Janeiro, chamada de Instituto Social do Rio de Janeiro, fundado por Stella de Faro com o apoio do Cardeal Sebastião Leme.

Ao final da II Guerra Mundial (1939-1945), já se encontrava em funcionamento cerca de duzentas Escolas distribuídas pela Europa, pelos Estados Unidos e pela América Latina.

Com o marco histórico da criação da primeira escola brasileira de Serviço Social, outros acontecimentos de extrema importância para o Serviço Social ocorreram no Brasil posteriormente. Um deles foi a realização na cidade de Araxá, em Minas Gerais no período de 19 a 20 de março de 1967, o encontro de 38 Assistentes Sociais, que pelo sistema de grupos de estudo e sessões plenárias chegaram a elaboração do “Documento de Araxá”, que traduz a preocupação dos Assistentes Sociais em conceituar o Serviço Social e reconhece a necessidade de uma teorização do Serviço Social. O primeiro capítulo do documento analisa as funções do Serviço Social baseado em sua evolução histórica, mas também enfocando o futuro. O segundo capítulo estuda a metodologia do Serviço Social, finalizando com o terceiro que examina a adequação à realidade brasileira do Serviço Social.

Já em 1969, se realizou em Salvador na Bahia, a 16ª Convenção da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social que discutiu sobre questões ligadas à teorização da integração em Serviço Social e que levou a ver o mesmo como “um método genérico”, que segundo a situação apresentaria abordagens específicas. Em 1970, se realizou o Seminário de Teresópolis onde se tratou da colocação da metodologia profissional dentro de um esquema científico e se introduz algumas mudanças na terminologia tradicional.

Com toda esta evolução histórica o Serviço Social, tanto mundialmente quanto no cenário brasileiro começou a se destacar e cada vez mais abranger suas áreas de atuação, porém para atuarem em determinadas áreas, a da saúde, por exemplo, teve que passar por alguns obstáculos para conseguir seu lugar. Apesar de o Serviço Social trabalhar a muito

tempo nesta área, mais especificamente em hospitais, sua regularização ocorreu há poucos anos.

Ao longo dos anos através das reformas ocorridas no contexto da saúde, as relações sociais e as práticas profissionais vieram se modificando progressivamente. Analisando a inserção do Serviço Social na área da saúde brasileira, identificamos que “O Assistente Social já atuava no campo da saúde há mais de meio século.” (BRAVO, 1996)

No cenário mundial, se sabe que o Assistente Social atua na área da saúde desde o início do século XX. Estes profissionais trabalhavam com as equipes de saúde no tratamento e profilaxia dos inúmeros e freqüentes casos de tuberculose.

Foi, porém em 1905 que o Dr. Richard Cabot criou o primeiro Serviço Social Médico de que se tem notícia, inserindo-o na estrutura organizacional do Hospital Geral de Massachussets. Reconhecendo na ação do Serviço Social valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico-social dos pacientes ambulatoriais ou internados, o Dr. Cabot considerou-o indispensável nas equipes de saúde. Sua tese ganhou muitos adeptos, e vários hospitais, iniciando-o pelo de Boston, passaram a demandar a presença do profissional de Serviço Social.

Um fator prejudicial ao profissional que pretende atuar na área da saúde é o pouco conhecimento que este adquire no período acadêmico, que proporciona somente uma disciplina sobre a saúde que apresenta muitas leis e pouco sobre a prática profissional.

Mas este quadro nem sempre foi assim, o estudo da saúde no Serviço Social já foi bem mais ativo, porém foi perdendo espaço com o passar dos anos. No primeiro curso de Serviço Social no Brasil em São Paulo, observando-se seu primeiro currículo nota-se uma grande preocupação com o conhecimento sobre saúde, tanto que ao longo do curso eram oferecidas as seguintes disciplinas específicas:

- Higiene - 50 horas.
- Psicologia - 50 horas.
- Noções de Nutrição - 12 horas.
- Enfermagem - 80 horas.
- Higiene Pré-Natal - 12 horas.
- Puericultura – 15 horas.
- Higiene Mental e Noções de Psiquiatria – 25 horas.
- Legislação e Organização Sanitária do Estado – 8 horas.
- Serviço Social Médico – 24 horas.

E as seguintes disciplinas práticas:

- Estágios em ambulatórios, berçários, lactários, creches e outros – 60 a 80 horas.
- Prática do Serviço Social Médico – 45 a 90 horas.
- Conhecimentos dos recursos da Assistência Médica
- Higiene do Trabalho – 12 horas.
- Psicotécnica – 16 horas.

O processo de trabalho dos assistentes sociais, inicialmente neste setor impôs a estes profissionais “Operar para a manutenção das modalidades de intervenção”(BRAVO, 1996). A assistência à saúde correspondia a ações preventivas de atenção individual de caráter médico-previdenciário, que conseqüentemente racionalizava a prática profissional do Assistente Social no eixo teórico-metodológico do assistencialismo, impossibilitando que os profissionais respondessem aos desafios colocados pela realidade.

Em contrapartida, o Serviço Social enquanto profissão histórica também passou por modificações em sua prática ganhando novos contornos, sendo que o movimento de reconceituação da profissão, apresenta-se como fator propulsor destes desdobramentos.

O Assistente Social foi reconhecido como profissional da área da saúde e nas últimas décadas foram fortemente requisitados para prestarem serviços a hospitais, unidades de saúde, sistemas públicos estaduais e municipais, contando também com sua presença em entidades de representação ligadas diretamente ao setor da saúde como o Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde, bem como nos organismos de representação dos interesses dos segmentos sociais envolvidos com a prestação e o consumo de serviços de saúde.

Estas modificações deram-se tanto pelo Movimento Sanitário, movimento que teve início na sociedade civil que buscava a popularização da saúde e que se caracterizou como sendo de extrema importância para o contexto social onde objetivava a ampliação do conceito de saúde, quanto pelo próprio projeto político da categoria que acreditava ser o campo da saúde, um espaço coletivo para intervenção profissional não mais centrado na polaridade do discurso médico de atuação simplificada ao processo biopsicosocial e sim no enfoque coletivo da atuação.

O Serviço Social advindo destas transformações ocorridas na prática profissional evidenciou a necessidade de ampliar a busca para novos conhecimentos e instrumentos, estando voltados essencialmente para a intervenção no enfoque da atenção a saúde coletiva.

De acordo com Souza (1995, p. 58):

“A inserção do Serviço Social no setor da saúde tem evidenciado que sua intervenção, expressa na prática profissional dos Assistentes Sociais, tem se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis. As demandas que se colocam à profissão neste setor vem exigindo dos profissionais conhecimentos específicos relativos à saúde e possibilitando tanto a ampliação da área de intervenção como espaço para a reflexão da prática.”

Simionatto (1997), defende a idéia de que dentro desses espaços de atuação profissional apresenta-se como ponto fundamental no contexto da profissão a dimensão educativa, que deve procurar direcionar o processo de trabalho do Serviço Social através das ações interdisciplinares de informação e orientação, incentivando gestões participativas e contribuindo para a construção de novos sujeitos sociais.

O Assistente Social para intervir, “precisa estar constantemente conectado a realidade, numa postura investigativa, criando e recriando possibilidades de enfrentamento da questão social e de superação das desigualdades sociais”.(BARBIANI, 1998, p. 157)

Através destas propostas de intervenção e desses novos espaços para o agir profissional no campo da saúde, deve-se compreender os usuários como indivíduos e não apenas enxergando-os na coletividade, tentando aos poucos incluir uma nova conceituação no processo saúde-doença, que corresponda a mudanças qualitativas para seus usuários.

Os profissionais do Serviço Social atuando na área da saúde, principalmente em Hospitais, enfrentam ainda um certo preconceito por alguns profissionais e pacientes. Este preconceito vem de um antigo pensamento que está arraigado em nossa sociedade de que somente o saber médico e o diagnóstico biologicista são importantes e responsáveis pelo controle e manutenção da saúde.

É necessária a superação deste conceito totalmente defasado, e para a transformação deste enfoque do “saber médico”, é fundamental que se constitua um esforço conjunto dos vários campos do conhecimento onde se deve compreender a prática social de cada profissão para que conjuntamente se enfrente a complexidade dos problemas postos na atualidade. É necessário também respeito e esforço conjunto das equipes multiprofissionais da área da saúde, estas devem refletir juntas utilizando positivamente a diversidade de percepções, conhecimentos e ideologias.

Com isso é importante pontuar que nas últimas décadas, registram-se importantes marcos históricos com proporções a uma unificação do saber e difusão do conhecimento, de modo que viessem a contribuir para a universalização da comunicação e de informações.

Para Barbiani (1997, p. 35):

“ Mais do que nunca revigoram-se as teorias e as tentativas que apontam para o resgate da unidade do saber, para uma reaproximação das disciplinas e em contra partida, para o trabalho coletivo, solidário e interdisciplinar como resposta a reação à tendência mundial de fragmentação das relações sociais.”

Para isso, na atual conjuntura de modificações o redimensionamento do saber e do fazer apresenta-se como sendo imprescindível, não cabendo preconceitos entre profissionais, de modo que leve a busca de novas alternativas de intervenção. A prática multiprofissional no contexto da saúde, apresenta-se com pouca valorização do pensamento em abranger e apreender as relações e correlações conceituais desse processo saúde/doença.

Os determinantes deste contexto da saúde, sob uma visão exclusiva de cada profissão, fragmenta o processo de intervenção. Essa fragmentação do saber, ou seja, das práticas multiprofissionais “...onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informações entre si...” (VASCONCELOS, 1997, p. 141), não tem respondido às necessidades de saúde da população usuária de seus serviços.

Politicamente falando o Assistente Social no Brasil começou a ser reconhecido como profissional da Saúde de nível superior, somente a partir de 06 de junho de 1990 com um parecer elaborado pelo CFESS - Conselho Federal de Serviço Social, ANAS - Associação Nacional de Assistentes Sociais e pela ABESS - Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, que não deixa qualquer dúvida acerca da questão.

Diz o parecer:

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

Somente em 06 de março de 1997, através do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNSº 218, o Assistente Social foi reconhecido como profissional de saúde de nível superior, juntamente com outras categorias.

Sendo reafirmada esta decisão em 29 de março de 1999, pela presidente do CFESS, Valdete de Barros Martins, na Resolução do CFESS Nº 383/99 (ver anexos, p.57).

Depois desta longa trajetória o Assistente Social conquista seu lugar como profissional da saúde e encontra nos hospitais públicos sua maior oportunidade de atuação, onde trabalha em conjunto com os demais profissionais da área e também está em constante parceria com os demais profissionais do Serviço Social que atuam na mesma instituição. Isto ocorre principalmente entre Assistentes Sociais que atuam na emergência e nas áreas de internação, pois quase sempre para os pacientes chegarem a internação já passaram antes pela emergência e conseqüentemente pelo profissional que atua nesta área e por ser um lugar onde as situações são resolvidas através de ações imediatistas não há um maior contato com os usuários que ali se encontram, porém a ligação entre estes dois profissionais é muito importante, fornecendo um para o outro informações que podem ser de relevância para proporcionarem um bom atendimento.

Situação oposta ocorre com Assistentes Sociais que atuam nas áreas de internação, onde seu contato com paciente e acompanhante é geralmente prolongado, permitindo-lhe vivenciar todos os transtornos causados para ambos durante o período de internação,

exigindo assim uma maior disponibilidade e sensibilidade para poder contornar ou amenizar todas as mudanças geradas por uma internação que muitas vezes ocorre inesperadamente transformando a vida do paciente e de todos a sua volta e exigindo muita competência do profissional.

Como cenário de todos estes atores está o hospital. Sendo assim, no próximo capítulo será exposto um pouco de sua história e também a atuação do Assistente Social, destacando a sua relação com o paciente internado e seu acompanhante.

CAPÍTULO III

1 A RELAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL, PACIENTE INTERNADO E ACOMPANHANTE.

Nos dias atuais os hospitais têm como função principal a cura dos indivíduos que o procuram, mas no passado (século XVIII), o hospital era visto como um “espaço caritativo” onde marginais, bêbados e pobres eram recolhidos para morrer, na visão deles não perturbando mais a sociedade em geral.. Esse caráter religioso e caritativo das práticas de enfermagem era baseado na busca da “salvação eterna” para quem prestava estes serviços.

Segundo Pitta (1991), “o horror da morte, da doença, da velhice, já se constituíam em inquietações no século XV”. Entretanto, naquela época, a morte era encarada como o ciclo natural da vida, uma coisa natural do ser humano que circulava no cotidiano das pessoas.

Após o século XIX, com o desenvolvimento tecnológico e científico da medicina, a morte deixou de ocorrer nas residências, passando assim a ocorrerem nos hospitais, começando a se caracterizar a mesma de forma diferente. O processo de urbanização passou a interferir nas condições de saúde da população, principalmente os mais pobres, desencadeando uma mudança no sistema de saúde como um todo.

Assim as pessoas começaram a morrer longe de suas casas, afastadas de suas famílias, cotidianos, hábitos e origem, tornando a morte um agravo. Diante disto, os hospitais tornaram-se locais que se caracterizavam por mortes, sofrimento e dor, elementos estes que compõem o dia-a dia dos profissionais do Serviço Social. As pessoas que trabalham em hospitais têm como rotina cuidar de pessoas doentes, mais ou menos graves,

com possibilidades ou não de reabilitação. Porém na “sabedoria popular”, se uma pessoa é internada, sofre um certo preconceito por todos a sua volta, pois logo se acha que o indivíduo “está para morrer”.

Afirma Pitta (1991, p. 65) que “o hospital é um espaço mítico que deve conter e administrar os problemas emocionais provocados pelo doente e sua doença e toda a rede de relações sociais que a eles se vinculam”. Considera ainda que sentimentos como depressão e ansiedade presentes nos doentes e familiares são naturalmente projetados no hospital, através de seus elementos de mediação, ou seja, os profissionais da saúde.

O sofrimento, a emoção e a dor dos familiares, expostos através do desespero e do choro, muitas vezes perturbam os profissionais da área, que nem sempre sabem lidar com situações críticas dos pacientes internados, familiares e seus próprios sentimentos, pois as universidades ensinam a prática técnica, mas não ensinam a lidar com os sentimentos e conflitos do ser humano em situações delicadas como internações e seus transtornos decorrentes.

Sarano (1978), afirma que a maior dificuldade no relacionamento com os pacientes encontra-se no comportamento do próprio profissional. Classifica-a em dois grupos: os provenientes de sua própria pessoa, como preocupações, problemas pessoais, estado de humor, caráter, interesses, tendência de domínio e poder. Os segundos são oriundos do despreparo, da ausência de aquisição de conhecimento e de treino do estudante para a abordagem psicológica do paciente.

Nota-se em hospitais, principalmente em internações, que ocorre também a situação oposta onde o paciente sente medo em falar com os profissionais e também medo do que eles possam falar.

Trentini (1992, P.76) afirma que “o diagnóstico médico é recebido pelo paciente com grande ansiedade, medo, incerteza, insegurança, pois os planos do futuro estão, quase

sempre, ameaçados a não acontecer”, o que pode não acontecer quando família e paciente passam a conviver e incorporar esta nova situação no seu processo de viver. Nestes casos, a família se adequa a este processo de doença, organizando-se no dia-a-dia no sentido de atender as necessidades do paciente e, ao mesmo tempo, de continuar vivendo dentro do novo contexto.

Os profissionais da área da saúde para enfrentar a dor, e o sofrimento dos pacientes, segundo Pitta (1991), lançam mão de alguns mecanismos de defesa que são:

- **Fragmentação da relação técnico-paciente** - apesar de permanecer longos períodos junto ao doente, pode-se detectar a redução do tempo que o profissional de saúde passa junto ao paciente, o que dificulta um contato mais próximo e o “protege” da angústia provocada pela situação (doença/ sofrimento).
- **Despersonalização e negação da importância do indivíduo** - parte-se da premissa que todos os pacientes são iguais e, portanto, devem ser tratados da mesma maneira. A despersonalização e as relações de poder entre eles são observadas frente à roupa igual para todos os pacientes e o uso de uniformes pelos profissionais.
- **Distanciamento e negação dos sentimentos** - a autora afirma que a “couraça” necessária para os profissionais é obtida com a redução das diferenças individuais, com o cuidado parcelado e com o controle sobre os sentimentos e envolvimento com os pacientes.

- **Tentativa de eliminar decisões através do estabelecimento de normas e rotinas** - a padronização de condutas tem a finalidade de reduzir ansiedades, uma vez que não exige que cada situação seja analisada separadamente pelo profissional. Isto minimiza o dispêndio de tempo gasto pelo mesmo.
- **Redução do peso da responsabilidade** - este fato ocorre levando-se em conta os citados anteriormente. As decisões são compartilhadas e isto reduz o impacto dos erros e acertos obtidos, apesar de muitas tomadas de decisão serem repassadas para os profissionais que assumem postos de comando.

Os mecanismos de defesa auxiliam os trabalhadores da área da saúde a fugir da ansiedade, da incerteza e da interação dinâmica e complexa com o paciente, família e colegas.

Mesmo os utilizando, os profissionais podem apresentar sinais de sofrimento psíquico como: comportamento inadequado, doenças psicossomáticas e estados depressivos. Para fazer frente a este sofrimento, faz-se necessário que os profissionais estejam atentos para detectarem precocemente sinais e sintomas desconhecidos em si mesmo e procurarem ajuda para solucioná-los.

De acordo com Beuter (1996, P.34):

“O hospital devia ser um centro irradiador de saúde e como tal, promover, manter e recuperar a saúde das pessoas, dos grupos e da comunidade. Deveria ser um objetivo do hospital levar à humanização, oferecendo condições que propiciem um ambiente mais familiar, mais humano e mais natural, sem que os enfermos precisem abdicar de sua identidade para ser apenas mais um número.”

Porém sabemos que a hospitalização, independente da gravidade da doença, é um processo que causa medo e insegurança.

A doença representa um capítulo à parte na vida do indivíduo, da família ou daqueles que, inevitavelmente, necessitarão lidar com esta nova condição.

Para Silva (1992, p.6), a "hospitalização, por mais simples que seja o motivo, tende a levar a uma experiência negativa. O desconforto físico, moral, espiritual e o medo da morte podem gerar sofrimentos".

De acordo com Beuter (1996, p.16), "As pessoas, no hospital, ficam expostas a um ambiente estranho e impessoal, onde o relacionamento dos profissionais de saúde com elas caracteriza-se pela distância, formalidade, informações rápidas e a utilização de terminologias técnico-científicas".

Os hospitais são estruturados de modo a facilitar o trabalho dos profissionais, favorecendo um tratamento eficiente a um grande número de pessoas. Assim sendo os pacientes são distribuídos por unidades de acordo com seu diagnóstico e então, são submetidos a normas e rotinas rígidas e inflexíveis. Isso favorece um ambiente de solidão e isolamento que geram ansiedade, angústia e insegurança, dentre outros.

De maneira geral, enquanto seres humanos, estamos envolvidos com expectativas que norteiam nosso dia-a-dia. Trabalhamos, estudamos, temos família, filhos, planos de vida e sonhos, nosso olhar está voltado para o futuro e o desejo de alcançar nossos objetivos.

A doença e a conseqüente hospitalização afetam de maneira abrupta toda esta expectativa de vida do indivíduo e de todos ao seu redor.

Segundo Farias (1981, p.2):

"Apesar de ser a hospitalização uma experiência vivenciada individualmente, supõem-se que a maioria das pessoas que se hospitalizam, independentemente da idade ou quadro clínico, sejam afetadas pelo estresse fisiológico produzido pela própria doença, a hospitalização provoca mudanças de ambiente físico e social e, nas atividades diárias do paciente, de modo a afetar todo o seu sistema de vida."

De acordo com Zind apud Farias (1981, p.3), “a hospitalização pode implicar em ameaça ao bem-estar, à integridade física, talvez a própria vida; priva de comportamentos usuais, força mudança de papel e perda do sistema de apoio”.

Murray apud Farias (1981, p.3) afirma que “ A necessidade do paciente de em curto período interagir com várias pessoas estranhas, a expectativa de submeter-se a procedimentos técnicos que lhe são desconhecidos, a sensação de que seu corpo está sendo manipulado por outros, são eventos ameaçadores.

O mesmo autor segue dizendo que a dependência de outros, a falta de privacidade e identidade, forçam o indivíduo a mudar seu papel e assim padrões comportamentais para os quais não está preparado, surgindo um sentimento de perda do sistema de pessoas significativas, junto às quais o indivíduo se sente seguro.

Segundo Beuter (1996, p.30), “O enfermo, apesar de contar com a presença de colegas de enfermaria, pode ter a sensação de estar só, isolado de sua família e comunidade”.

Observa-se que os hospitais, na sua maioria, não oferecem nenhuma atividade de lazer aos seus pacientes. Desse modo, os pacientes ficam horas e horas inertes no leito olhando para o teto, mergulhados na sua dor, em seus pensamentos e preocupações. Deve-se proporcionar a estes pacientes algum tipo de lazer, respeitando as condições e preferências de cada um. Esta falta de opção do que fazer torna este período de hospitalização ainda mais difícil, tanto para o paciente, quanto para seus familiares que ao visitá-lo, ficam ainda mais angustiados com a situação. Pois apesar da doença em si se manifestar somente no indivíduo, é a família de modo inequívoco, que sofre as conseqüências de diversas ordens. Isso gerará a necessidade de reestruturação ou adaptação à nova situação a ser enfrentada.

Sabe-se que a doença não é algo inteiramente desconsiderado no cotidiano das pessoas. No entanto, somente quando alguém é acometido por alguma patologia é que se percebe o quanto se está despreparado para vivenciá-la. Torna-se um desconforto e uma situação de crise toma conta da família.

Em situações de doença e de hospitalização, novos desafios e enfrentamentos se fazem notar, sendo impossível não considerá-los. Haverá obrigatoriamente um reajuste ou redefinição nos planos de vida do indivíduo e da família. De maneira geral, todas essas mudanças estarão condicionadas de acordo com o tipo de doença e sua fase evolutiva, idade, nível sócio-econômico e cultural, estrutura familiar e condições adaptativas destes à nova situação. Os desafios de um adolescente que descobre ter diabetes, por exemplo, são diferentes dos de um adulto jovem ou de uma família com filhos pequenos.

No entanto, em todos os três casos, ocorrerá mudança no ciclo de vida e na organização familiar. Em todos os pacientes internados deve ser observado o aspecto ligado à vida do indivíduo como as diversidades de estilos familiares, as diversidades culturais e as várias formas de estruturas familiares.

A família incorporando-se como unidade de cuidado dos pacientes e a inclusão desta em todo o processo do cuidar oferecidos pela equipe de saúde é de extrema importância, pois quanto mais orientado e crítico em relação à doença, melhores serão os enfrentamentos e possibilidades de convivência adequada com a doença.

Para Mito (1994, p. 124)

“A análise realizada sobre intervenção na família e espaço institucional repousa na idéia de que família é uma unidade. Enquanto tal, os problemas apresentados por ela devem ser analisados dentro de uma perspectiva de totalidade. Nesta perspectiva, o grupo familiar tem o papel decisivo na estruturação das dificuldades de seus membros.”

Vendo a família como uma totalidade é necessário também perceber que esta vive em um contínuo processo de mudanças, tanto geradas por fatores internos como por fatores externos, como o desemprego por exemplo.

Porém geralmente são os fatores internos, como um de seus membros ser acometido por uma doença inesperada, que provocam um estresse familiar, sendo necessária uma visão abrangente da instituição.

Muitas vezes instituições como hospitais, estão voltados somente para solucionar o problema de seus usuários, buscando evoluir cada vez mais em técnicas e exames para sanar as doenças dos mesmos. Neste contexto a instituição lida com a família somente no sentido de torna-la uma aliada na solução do caso do membro com problemas, deixando de trabalhar a doença como uma questão do grupo familiar num todo.

Muitas vezes esta visão individualista não permite enxergar que os demais membros da família estão em uma situação tão estressante que também podem vir a apresentar problemas de saúde, transformando este problema em um ciclo vicioso na família que não é vista como um grupo.

De acordo com Miotto (1994)

“As políticas sociais não incluem a idéia da família como uma totalidade: ao contrário, são implementadas em função de indivíduos. Elas não incluem nenhuma previsão dos impactos que terão sobre as famílias e nas suas avaliações também não são consideradas indicadores de análise sobre os efeitos que as políticas têm na vida familiar.”

Sendo tão variadas as famílias entre si, estas ainda são um universo a ser explorado pelos profissionais da saúde, pois ainda acredita-se ser a família o elo mais íntimo e próximo do paciente, não por ser a âncora de salvação ou espaço de amor incondicional, mas porque na maioria das vezes ser um espaço aberto para expressar sentimentos, chorar, ser feliz, ser adulto, ser criança, aprender na relação com o outro, com os filhos, com os parentes, com os amigos e acima de tudo dar suporte emocional.

Segundo Velho (1987, p. 85)

“A família é por definição a essência da sociedade”.

Um aspecto fundamental durante o período de internação tanto para a família quanto para o próprio paciente, é que a verdade deve permear todas as informações fornecidas ao familiar, assegurando constitucionalmente os direitos dos pacientes. O atendimento prestado a família e pacientes internados deve primar pela humanização e individualização. A flexibilidade no atendimento das necessidades emocionais do binômio paciente-família é extremamente prejudicial a recuperação do paciente e a experiência de vida daquelas pessoas naquele período.

“O direito a informação deve ser assegurado aos pacientes e familiares incluindo vários aspectos, como por exemplo: estado atual do paciente e sua evolução, diagnóstico médico e prognóstico. As informações devem ser prestadas por todos os profissionais da equipe, no sentido de atender as necessidades dos familiares.

Segundo a Cartilha dos Direitos dos Pacientes (2000):

- O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnosticadas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.
- O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consulta-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações.

Cabe a instituição e aos profissionais da saúde principalmente o Assistente Social, ter a percepção de verificar se a família e o paciente têm condições de entender toda essa burocracia que envolve uma internação, e também para saber colher informações sobre o paciente internado.

Muitas vezes isto pode ser feito de maneira informal, não assustando os envolvidos com termos técnicos e de forma impessoal.

Durante as visitas dos familiares, o Assistente Social, tem a oportunidade de proporcionar informações à família, conhecer melhor a relação do paciente com a mesma e aprender a valorizar as "pistas" que a família tem acerca da vida do seu familiar antes da internação. Estas informações auxiliam os profissionais de saúde a conhecer hábitos, costumes e valores dos pacientes.

Esses fatores podem também auxiliar na diminuição da ansiedade dos familiares que tem paciente internado, do paciente e da própria equipe uma vez que conhecer melhor o doente possibilita uma melhoria na qualidade da assistência.

As informações fornecidas poderão minimizar o medo que sentem diante do ambiente estranho e agressivo que é o hospital.

Um fator que pode ajudar a diminuir a sensação de medo e solidão que sentem os pacientes internados é a companhia de outras pessoas internadas no mesmo quarto, como revelam os estudos de Takito (1985, p.45)

"O fato de pacientes compartilharem a enfermaria com outros pacientes, mostrou mais respostas favoráveis do que privacidade. O companheirismo e a ajuda mútua foram mais importantes que a privacidade oferecida pelos quartos. Os pacientes reportam-se uns aos outros como amigos, companheiros, colegas que têm em comum as mesmas dificuldades, e encontram na presença, no diálogo e entre a ajuda, o apoio e a alegria para atender sua necessidade gregária."

Mesmo com a companhia de colegas de quarto sabe-se que muito mais benéfico para o paciente é ter um acompanhante ou receber a visita de seus familiares.

Sobre este ponto afirma Dunkel & Eiserdrath (1983), que a visita dos familiares aos pacientes internados podem trazer benefícios psicológicos, assim como ser fator psicológico negativo para o doente. Dentre os benefícios, os autores destacam os que seguem:

- **Confiança mútua** - Quando se estabelece elos de confiança entre a equipe e a família, o paciente passa a confiar no grupo de profissionais, reconhecendo a equipe como formada por pessoas competentes para trata-lo e ajuda-lo a recuperar a saúde.
- **Personalização do paciente** - Através do contato com a família, a equipe da unidade conhece melhor o paciente, podendo trata-lo de maneira personalizada. Mesmo quando o prognóstico é sombrio e a morte advém, dados pessoais possibilitam à equipe auxiliar o paciente e sua família a lidar com o processo da morte de maneira mais humana e pessoal.
- **Retorno** - Isto funciona no sentido de dar um "feedback" do trabalho que está sendo realizado na unidade após a saída do paciente daquele local, somente sendo possível quando se estabelecem vínculos entre familiar e equipe. As manifestações de apreço e carinho por parte da equipe ocorrem quando laços são estabelecidos entre as duas partes.

- **Papel dos profissionais** - Os laços entre paciente-equipe-família possibilitam aos profissionais um redimensionamento do seu papel junto ao paciente, podendo, por vezes, serem técnicos habilidosos, e em outros momentos, pessoas que compartilham o pesar pela doença, limitação ou morte do paciente.
- **Aproximação** - Frequentemente a equipe que assiste a um membro da família no processo do luto, aprende a trabalhar melhor este fato e redimensiona novas posturas junto a outros pacientes.

Entre os fatores que podem ser negativos, quanto à presença de familiares na instituição, destacam-se:

- **Expectativas irreais** - As expectativas irreais da família acerca da evolução do paciente, dificultam o trabalho da equipe e a interação com os familiares, quando o prognóstico não é aceito.
- **Medo da família** - Este dado relaciona-se com a realização de um procedimento doloroso e necessário para o paciente. Muitas vezes, o profissional tem dificuldade de explicar o procedimento e solicitar autorização para a realização do mesmo.
- **Pressão dos colegas** - Como nem todos os profissionais buscam interação com a família, os que o fazem são alvo de pressão dos colegas devido à cobrança que os familiares têm com os demais, para que se comportem da mesma forma.

- **Perda de pacientes** - Devido à possibilidade de morte do paciente, o envolvimento com estes pacientes que morrem torna-se um dos mais estressantes aspectos do trabalho.

Takahashi (1986, P. 113), afirma que “uma das condições que pode afetar a problemática da doença e da hospitalização é o isolamento do homem do seu meio social e familiar exatamente no momento em que mais precisa de atenção.”

Observando-se os benefícios e malefícios que a presença dos familiares pode causar, pode-se dizer que a presença da família junto ao paciente internado traz mais benefícios do que problemas e os profissionais devem se organizar para proporcionar as melhores condições para que ela aconteça. A partir do momento em que os pacientes se conscientizarem que estão recebendo o que lhes é de direito e não um favor no qual tem de ser eternamente agradecidos, impõe-se uma nova postura dos profissionais. Assim o Assistente Social deverá estabelecer estratégias que auxiliem a recuperação dos seus doentes, tendo então claro que a presença da família junto ao paciente, quando orientada, só traz benefícios para sua família.

Através das visitas dos familiares e dos próprios pacientes internados, percebe-se que a crença de que tudo não passa de um pesadelo, uma má fase e por acharem que no dia seguinte tudo estará resolvido, ou seja, o excesso de esperança em alguns casos, também pode ser considerado um ponto negativo em meio a tantos benefícios. Em casos que são graves ou agravam-se durante a internação, onde o paciente internado provavelmente não resistirá, surge um novo desafio para o profissional, preparar a família para uma situação ainda mais delicada. E este desafio é ainda mais difícil que o primeiro, pois a internação já se constituiu em um processo de mudanças totalmente inesperadas, porém restava a espera pela melhora e conseqüente resolução do problema.

Já em casos onde não existe mais solução, a família se vê sem saída, sem esperança e novamente depara-se frente a uma situação onde não sabem como agir, o que fazer, tendo que passar por um processo ainda mais doloroso, a aceitação da perda.

Diante desses casos o Assistente Social e os demais profissionais da saúde devem mostrar que não desistiram do paciente, mesmo sabendo que o quadro é irreversível, pois a desistência da mesma ou indiferença frente ao paciente, pode estar estimulando o doente a se entregar. Nessas situações, o paciente poderá sentir-se abandonado, desprezado, o que não contribuirá em nada nesse momento.

Neste processo de encarar a morte e o morrer, família e paciente passam por várias fases. Sobre esta relação da morte e do morrer, Engel (1964) e Kubler-Ross (1969), apud Manzolli (1987), apresentam as seguintes fases: choque e incredulidade, consciência da situação, luto, aceitação da perda e interesse por novas relações.

- **Estado de choque e incredulidade** - É a primeira resposta sobre o aprender a morrer. Em geral, o paciente e a família lamentam-se dizendo: "não, não pode ser eu!". Muitas vezes, a resposta inicial é de aceitação da realidade, porém como uma atitude puramente intelectual que se manifesta quando o paciente ou familiares passam a confortar os outros, não se permitindo o acesso ao impacto emocional da perda que se instala.
- **Consciência da nova situação** - Nesta fase a realidade da morte e o sentimento de perda começam a penetrar no consciente da pessoa de forma mais intensa. Pode haver manifestações psicossomáticas como: Falta de ar, dor no estômago, taquicardia, dentre outros.

- **Luto** - Os familiares e amigos sofrem pela antevisão da perda, aceitando o processo de reconhecimento da morte do paciente. Isto ocorre também com o paciente.
- **Aceitação da perda e interesse por novas relações** - A resolução da perda é vivida quando a realidade da morte torna-se presente para o paciente e para a família e eles aceitam. Na idealização, todo o sentimento hostil e negativo sobre falecimento vem sendo dominado e, com o correr do tempo, o paciente passa a ter interesse por novas relações, aproximando-se de pessoas que estão na mesma situação que ela, dialogando com elas e confortando-se até mesmo para se desligarem delas próprias, de todos e de tudo.

Em sua obra “Sobre a Morte e o Morrer”, Kluber-Ross aborda as seguintes fases do morrer: negação e isolamento, ira, barganha, depressão e, por fim, aceitação.

- **Fase de negação e isolamento** - a autora assegura que a pessoa ao tomar conhecimento da notícia fatal, poderá apresentar dificuldades em aceita-la. Nega e se isola todo tempo. A pessoa passa a questionar o resultado dos exames realizados, muitas vezes solicitando a repetição dos mesmos.
- **Ira** - Apresenta-se quando a pessoa passa a acreditar no diagnóstico feito a seu respeito. Os comportamentos de ira aparecem sob a forma de inveja, raiva e ressentimento. Nessa fase, a ira do paciente pode ser projetada sobre o ambiente a equipe de saúde, sendo importante o conhecimento dessas fases pela equipe, no sentido de entender o processo pelo qual passam o paciente e sua família.

- **Barganha** - Aparece por curto espaço de tempo e se observa em expressões como: "já que Deus decidiu tirar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos irados, ele bem que pode ser mais camarada comigo se eu lhe pedir mais suavemente." Esse comportamento é típico de crianças, pois buscam fazer acordos que adiem o acontecimento inevitável.
- **Depressão** - O paciente desenganado já não pode mais negar sua doença, tendo em vista cirurgias, exames, internações. Sua ira logo será substituída por um sentimento de grande vazio ou perda.
- **Aceitação** - Não é sinônimo de que o paciente entrou em um estágio feliz. É quase uma fuga dos sentimentos. É como se a dor estivesse terminado, os esforços superados e chegado o momento para o "descanso final, antes da longa jornada."

O período de cada fase varia de acordo com o paciente, cada uma podendo durar poucos minutos, horas ou dias. Momentos de desespero, angústia e esperança podem, no entanto, estar presentes durante todas essas fases.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste trabalho tive como objetivo situar melhor a prática do Serviço Social na área da saúde, a situação do paciente internado e seu acompanhante e as políticas públicas voltadas para os mesmos.

Procurei analisar a história do Serviço Social desde seu começo quando surgiu primeiramente em muitos outros países até chegar ao Brasil. Para isso acontecer o Serviço Social passou por várias fases até conseguir livrar-se do estigma que cerca a profissão, já que a mesma tem sua origem na filantropia, e ser reconhecida como uma profissão que visa a questão social e não a prática da caridade.

Este foi um longo processo de modernização, processo este que abriu portas para a atuação do Serviço Social em outras áreas, como a da saúde. Apesar do Assistente Social atuar há muito tempo nesta área, a ele eram atribuídas tarefas apenas curativas que cabiam a outros profissionais. Porém este quadro foi revertido e o profissional do Serviço Social começou a ser visto como uma importante presença nas equipes de saúde, já que os indivíduos que procuram e necessitam das instituições de saúde são sujeitos sociais, que necessitam tanto de cuidados curativos quanto de cuidados “sociais”, pois além de pacientes são seres humanos que trabalham, estudam, têm filhos, família.

E é analisando os indivíduos como sujeitos sociais que se entra em uma questão delicada: a do paciente internado e a questão do acompanhante. Como expus em meu trabalho a questão da presença do acompanhante junto ao paciente internado é de extrema importância para a melhora do indivíduo internado, já que o mesmo se depara com uma situação inesperada e que o deixa muito fragilizado e desamparado, pois se encontra em meio a pessoas estranhas. Porém mesmo sabendo da importância do acompanhante para o

indivíduo internado esta ainda é uma questão muito complicada de se resolver já que a maioria dos hospitais da rede pública, senão todos, não possuem espaço físico para os acompanhantes, pois com a acomodação destes muitas pessoas que estão necessitando de internação não conseguiriam vagas, e quando conseguem sua permanência é de extrema precariedade, sem condições mínimas de conforto, como um lugar adequado para dormirem, utilizando na maioria das vezes cadeiras para passarem a noite. Neste ponto é necessária uma nova visão dos usuários que geralmente acham que esta falta de acomodação é culpa do Assistente Social, mas do governo, que precisa enxergar que o paciente não necessita somente de cuidados médicos e sim de atenção neste momento tão delicado. Muitos dos pacientes internados poderiam até receber alta mais rapidamente com o apoio familiar, agilizando a difícil missão de conseguir vagas na rede pública.

Outro aspecto levantado neste trabalho são as políticas públicas voltadas para o paciente e a importância do acompanhante. Primeiramente fiz uma pesquisa sobre a história da saúde no Brasil para melhor entender como chegamos até o atual modelo de saúde, no qual se inserem os pacientes que necessitam de internação. É inegável que ocorreram várias melhorias no sistema de saúde, pois antes só tinha direito a utilizar os serviços da saúde quem pagasse. Além disso, ainda permanece a ideia de que os serviços de saúde devem se preocupar somente com os cuidados médicos com o paciente existindo assim poucas leis e portarias específicas aos pacientes internados e a seus acompanhantes.

No caso do indivíduo internado existem “as leis dos direitos dos pacientes”, porém estas são desconhecidas pela maioria, e no caso dos acompanhantes é assegurado somente o direito de ter acompanhante pacientes menores de dezoito anos e maiores de sessenta anos, mesmo sendo assegurados por leis na maioria das vezes esta não pode ser cumprida pois não há estrutura para acomodar adequadamente os mesmos. Sendo também que esta é

uma situação injusta, pois os indivíduos que não se incluem nas idades citadas acima, tem tanta necessidade da presença de acompanhante quanto os demais.

Em meio a todas estas contradições e dificuldades está o profissional do Serviço Social que atuando em hospitais, especialmente em áreas de internações se depara com muitos desafios em seu dia-a-dia, começando pelo medo que os hospitais causam na maioria das pessoas pelo seu estigma de ligação com a morte.

Entre estes desafios, cito alguns que acho de maior relevância para o Assistente Social:

- Conhecer seus próprios limites e ter autocontrole.
- Saber lidar com a ansiedade e angústia do paciente frente a um ambiente desconhecido.
- *Tentar situar paciente e família neste momento de mudanças para a vida de ambos.*
- Ter consciência que muitas vezes a família do paciente internado se transforma em um usuário de seus serviços, necessitando tanto de atendimento quanto o paciente.
- Relevar a raiva e rejeição que muitas vezes é projetada nos profissionais que cercam o paciente.
- Ter clareza que cada indivíduo é único e necessita de atenção específica para seu caso.
- Ser ponte entre o paciente, família, instituição e demais profissionais da área.
- Saber como agir em casos de morte do paciente, agir profissionalmente, porém não se mostrando indiferente ao sofrimento da família.

REFERÊNCIAS

- BARBIANI, Rosângela; AMARO, Sarita; OLIVEIRA, Maristela. C de. **Serviço Social na escola**: O encontro da realidade com a educação. Porto Alegre, Ed. Sagra Luzato, 1.997.
- BARBIANI, R. Quadro referencial para análise sócio-profissional do Serviço Social rumo ao século XXI: demandas e perspectivas. In: *Estudos Leopoldenses. Série Ciências Humanas*. Vol. 34 n. 152. São Leopoldo: UNISINOS, 1.998.
- BEUTER, Magrid. **Atividade lúdica**: uma contribuição para a assistência de enfermagem às mulheres portadoras de câncer. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina.
- BRASIL, Constituição 1.988. **Constituição**, República Federativa do Brasil. São Paulo, Ática, 1.988, p. 81-82: Da saúde.
- BRASIL, **Estatuto da criança e do adolescente**, 1.990.
- BRASIL, Lei Orgânica da Saúde – **8.080 de 19 de setembro de 1.990**.
- BRASIL, Lei Orgânica da Saúde – **8.142 de 28 de dezembro de 1.990**.
- BRAVO, M. Inês. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo, Cortez e Rio de Janeiro, Ed. UFRJ, 1.996.
- Cartilha dos Direitos do Paciente. Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor. Florianópolis, 26 de junho de 2000.
- DUNKEL, J, EISERDRATH, S. **Families in the intensive care unit**: their affect on staff. San Francisco California, v.12, n.3, May 1983.
- FARIAS, Juracy N. de. **Eventos estressantes da hospitalização**. Florianópolis, 1981. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina.
- MANZOLLI, M. C. **Relacionamento em Enfermagem**: aspectos psicológicos. São Paulo: Sarvier, 1987.
- MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: Identidade e Alienação**. São Paulo, Ed. Cortez, 1.989.
- MIOTO, R.C.T. **“Famílias de jovens que tentam suicídio”**. Tese de doutorado, Campinas, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Norma Operacional Básica**: Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS, 1.996, Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Norma Operacional da Assistência à Saúde: Sistema Único de Saúde/NOAS-SUS, 2.001**, Brasília.

Parecer CFESS, ANAS, ABESS, 06 de junho de 1.990.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

Resolução CNSº 218 – Conselho Nacional de Saúde, 06 de março de 1.997.

Resolução CFESS Nº 383/99, Brasília, 29 de março de 1.999.

RODRIGUES NETO, E. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: *Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1.994.

SARANO, I.O. **O relacionamento com o doente: dificuldades e perspectivas entre terapeutas e clientes**. São Paulo: EPU, 1973.

SILVA, Stela A.da. **A pessoa enferma e a hospitalização - o enfermeiro nesse contexto**. Rio de Janeiro, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SIMIONATTO, Ivete. Caminhos e Descaminhos da Política de Saúde no Brasil. **Revista Inscrita - CFESS**, ano I, n. 1, nov, 1.997.

SOUZA, M. A. S. L de, Saúde e Cidadania: Reflexões sobre a prática profissional do Assistente Social. In: 8º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. O Serviço Social frente ao projeto Neoliberal: Em defesa das Políticas Públicas e da democracia. **Caderno de Comunicações**. Bahia, julho, 1.995.

TAKAHASHI, E. I.U. **O grau de parentesco do visitante e a resposta emocional ao doente enfartado**. Ver. Paulista de Enf., São Paulo, v. 3, n. 1, jan./fev. 1986.

TAKITO, Clarinda. **Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital**, 1985. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade de São Paulo./

TRENTINE, M.et al. **Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável**. Texto e contexto Enf., Florianópolis, n.2, p. 76-88, jul./dez. 1992.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: **Serviço Social e Sociedade**. N. 54, ano XVIII julho 1.997, São Paulo, Ed. Cortez.

VELHO, Gilberto. **Família e subjetividade**. In: *Pensando a família no Brasil da colônia à modernidade*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, UFRJ, 1997.

ANEXOS

RESOLUÇÃO CFESS Nº 383/99

Ementa: Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde. O conselho Federal de Serviço Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

Considerando que a Constituição Federal vigente estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

Considerando que, a partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e trabalho;

Considerando que 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou a necessidade de consolidar os Sistemas Únicos de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;

Considerando que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na medição entre os seus interesses e a prestação de serviços;

Considerando que atribui-se ao Assistente Social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos

programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde;

Considerando que o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País;

Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais;

Considerando que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de Nº 218 de 06 de março de 1997, reafirmou o Assistente Social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde;

Considerando, ainda, que a antedita Resolução, em seu item II, delega aos Conselhos de Classe a caracterização como profissional de saúde, dentre outros, do Assistente Social;

Considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde;

Considerando a aprovação da presente Resolução pelo Plenário do Conselho Federal de Serviço Social, em reunião ordinária realizada em 27 e 28 de março de 1.999;

Resolve:

Art.1º - Caracterizar o Assistente Social como profissional de saúde.

Art.2º - O Assistente Social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

Art.3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília (DF), 29 de março de 1999.

PORTARIA Nº 280, DE 07 DE ABRIL DE 1999.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando que é de competência dos órgãos e entidades públicas da área da saúde, dentro da Política Nacional do Idoso, prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde desse segmento da população;

Considerando o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, de defesa a sua dignidade, ao seu bem estar e ao direito à vida,

e,

Considerando que idosos com quadro de agravos à saúde que necessitam de cuidados terapêuticos em nível hospitalar, apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença de familiar, resolve:

Art. 1º - Tornar obrigatório nos hospitais públicos, controlados ou conveniados com o Sistema único de Saúde – SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60(sessenta) anos de idade, quando internados.

§ 1º - Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

§ 2º - No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º - Estabelecer que ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no Art. 1º, as internações em unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contra-indicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Serra.

PORTARIA Nº 830, DE 24 DE JUNHO DE 1999.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando a Portaria GM/Nº 280 de 07 de abril de 1.999, que torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60(sessenta) anos de idade, quando internado, resolve:

Art. 1º - Regulamentar a cobrança de diária de acompanhante para maiores de 60(sessenta) anos, por meio de Autorização de Internação Hospitalar/AIH.

Art. 2º - Incluir na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH-SUS o seguinte código de procedimento para cobrança de diária de acompanhante para pacientes idosos:

99.080.01-0 – Diária de Acompanhante de Pacientes Idosos.

Valor: R\$ 6,00

Limite: 99

§ 1º - O procedimento constante deste artigo somente poderá ser cobrado mediante autorização prévia do gestor e inclui o fornecimento de 02(duas) refeições ao acompanhante, assim como cama para sua acomodação, por período de 24(vinte e quatro) horas, respeitadas as normas relativas à área física de enfermarias.

§ 2º - O fornecimento da alimentação poderá ser feito no refeitório ou na própria enfermaria, conforme a disponibilidade de área física.

§ 3º - A cada paciente será permitido apenas um acompanhante.

Art. 3º - Incluir na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH-SUS o seguinte código de procedimento para cobrança de diária de acompanhante para pacientes idosos:

99.081.01-6 – Diária de Acompanhante para Pacientes Idosos, sem pernoite.

Valor: R\$ 2,65

Limite: 99

§ 1º - A cobrança desta diária será permitida quando não houver área física disponível na enfermaria para acomodação do acompanhante em cama, visando, a não acarretar diminuição de oferta de leitos aos pacientes.

§ 2º - O procedimento constante deste artigo prevê o fornecimento de uma refeição ao acompanhante, assim como de cadeira ou poltrona para a sua acomodação, por um período de até 12(doze) horas, sem pernoite.

§ 3º - O fornecimento da alimentação poderá ser feito no refeitório ou na própria enfermaria, conforma a disponibilidade de área física de cada unidade.

§ 4º - A cada paciente será permitido apenas um acompanhante.

Art. 4º - Determinar que a unidade fica obrigada a oferecer as diárias de acompanhante de idosos, em uma das modalidades constantes dos artigos 2º ou 3º desta portaria, de acordo com a sua disponibilidade de área física.

Art. 5º - Definir que para cobrança das diárias de acompanhante para pacientes idosos, constantes dos artigos 2º ou 3º, deverá ser lançado o código do procedimento no campo serviços profissionais, da seguinte forma:

Campo Tipo: 20 (diária de acompanhante para pacientes idosos).

Campo CGC/CPF: lançar o CGC da Unidade.

Campo Tipo de Ato: 34 (diária de acompanhante para pacientes idosos).

Campo Ato: preencher com o código da diária de acompanhante para idoso utilizada.

Quantidade de Ato: preencher com o numero de diárias utilizadas

Parágrafo único. Se o lançamento do número de diárias no campo quantidade de ato, for superior aos dias de internação do paciente, a AIH será rejeitada.

Art. 6º - Definir que ficam excluídos de acompanhantes os pacientes internados pelos procedimentos: Cuidados Prolongados, Hospital Dia, Psiquiatria Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento e UTI, assim como em situações clínicas em que esteja contraindicada a presença de um acompanhante.

Parágrafo Único. O lançamento de diárias de acompanhante para paciente idosos nestes procedimentos acarretará a rejeição da AIH.

Art. 7º - Determinar que os acompanhantes deverão seguir as normas que disciplinam o funcionamento da Unidade.

Art. 8º - Definir que, sobre os procedimentos criados nos artigos 2º e 3º, não incidirá o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento e Pesquisa – FIDEPS.

Art. 9º - Determinar que os recursos referentes ao custeio dos procedimentos de que tratam os artigos 2º e 3º serão acrescidos aos limites financeiros anuais dos Estados e Distrito Federal, nos limites fixados no anexo desta portaria na área denominada Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade e Hospitalar.

Art. 10º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência julho de 1.999.

José Serra.