

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO**

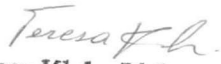
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

MARLISE NEUHAUS

**A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL: UMA
ABORDAGEM JUNTO AOS PACIENTES PORTADORES DE
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO SEU CONTEXTO
FAMILIAR**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 19/02/04


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS

2004

MARLISE NEUHAUS

A Intervenção Profissional do Assistente Social: Uma Abordagem Junto aos Pacientes Portadores de Acidente Vascular Cerebral no seu Contexto Familiar

Trabalho de Conclusão de Curso, Apresentado como Requisito Parcial para a Obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina. Orientador: Prof. Katia De Macedo Rebello.

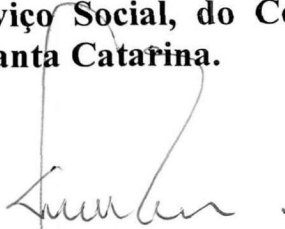
FLORIANÓPOLIS

2004

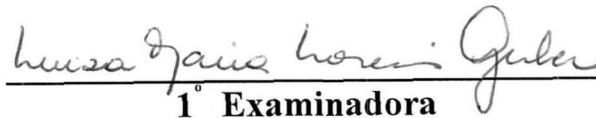
MARLISE NEUHAUS

A Intervenção Profissional do Assistente Social: Uma Abordagem Junto aos Pacientes Portadores de Acidente Vascular Cerebral no seu Contexto Familiar

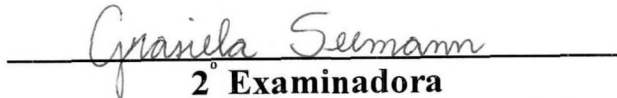
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.



Orientadora
Prof. Katia De Macedo Rebello



1ª Examinadora
Assistente Social Luiza Mª Lorenzini Gerber CRESS 968



2ª Examinadora
Assistente Social Grasiela Seemann CRESS 3295

Florianópolis, fevereiro, 2004.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, pelas vitórias concedidas em mais uma etapa de minha vida, agradeço ao meu amigo Senhor e Salvador da minha vida.

A todos os meus familiares, que de alguma maneira, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta minha formação.

A minha grande amiga, Grasiela, pelo apoio e troca de idéias durante o curso, visto que esteve e está, bem presente em todos os momentos de tristeza ou alegria na minha vida.

Às minhas amigas Giane, Vanita, Paula, Ana Silveira, Silvana S. Medeiros pela mão amiga que recebi. Também não poderia esquecer de agradecer as amigas que ganhei de presente durante o curso, Ana Maria, Marta, Vanessa, Luciane, Tânia, Eliete, Guacira Elaine, Ivone e Professora Vera Nogueira.

Agradeço à Assistente Social do HU/UFSC, Luiza M^a Lorenzini Gerber, pelo exemplo de profissional e pela orientação que me concedeu em meu estágio e no decorrer deste trabalho.

Agradeço à Professora Katia Macedo, por ter aceitado ser minha orientadora para a conclusão deste trabalho.

“Bendito seja o Senhor, rocha minha, que me adestra as mãos para a batalha, e os dedos para a guerra; minha misericórdia e fortaleza minha, meu alto refúgio e meu libertador, meu escudo e aquele em quem confio e que me submete o meu povo. Senhor que é o homem para que dele tomes conhecimentos? E o filho do homem para que o estimes? O homem é como um sopro; os dias, como a sombra que passa”. (Salmos 144: 1 - 4)

RESUMO

O trabalho aborda a intervenção do profissional de Serviço Social, com os paciente com a problemática de AVC – Acidente Vascular Cerebral e a família, para juntos estarmos trabalhando uma boa qualidade de vida para este usuário/família no período de internação hospitalar.

Palavra chave: Serviço Social, Família, Paciente com Acidente Vascular Cerebral.

SUMÁRIO

RESUMO	6
INTRODUÇÃO	8
 CAPÍTULO 1	
1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	10
1.1 Historiando o SUS a partir da VIII Conferência Nacional da Saúde	10
1.2 Organização do Sistema de Saúde no Brasil	18
1.2.1 Financiamento	22
1.2.2 Atribuições.....	24
1.3 Os Hospitais Universitários e o SUS.....	25
1.3.1. Hospital Universitário de Santa Catarina.....	27
 CAPÍTULO 2	
2. A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO A SAÚDE NO HU	29
2.1 O Serviço Social no HU/UFSC – A Prática de Estágio.....	29
2.1.1 Contextualização do Objeto de Intervenção no Âmbito da Política de Saúde	32
2.1.2 Base teórico-Metodológica.....	35
2.1.3 O Direito a Tratamento do Paciente.....	42
2.2 Compreendendo o Processo/Doença do AVC – Acidente Vascular Cerebral.....	45
2.3 O Paciente do AVC No Universo Familiar: Uma Abordagem.....	48
2.4 Um Estudo de Caso	53
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
 ANEXOS	62

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado a partir de experiência de estágio curricular obrigatório para o curso de Serviço Social Noturno da Universidade Federal de Santa Catarina. O estágio foi realizado durante o primeiro semestre de 2003, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, mais precisamente na Clínica Médica II, ligada às áreas de cardiologia e neurologia do Hospital.

A Supervisão Pedagógica deste estágio foi realizada pela Professora Doutora Vera Nogueira, do Departamento de Serviço Social da UFSC, e a Supervisão de Campo foi realizada pela Assistente Social Luiza M^a Lorenzini Gerber, funcionária do Hospital Universitário da UFSC responsável pelo Serviço Social das Clínicas Médicas I e II da referida instituição.

Os usuários da Clínica Médica II são pacientes que apresentam problemas ligados à **cardiologia** e à **neurologia** e seus respectivos familiares. Todos os usuários são atendidos pelo Serviço Social, entretanto a especificidade do quadro clínico dos pacientes com AVC conduziu o interesse por uma investigação mais profunda desses casos.

Este trabalho tem por objetivo apresentar e resgatar a intervenção profissional dos assistentes sociais junto a pacientes com problema decorrente do Acidente Vascular Cerebral, investigando o seu contexto familiar. Para que se torne clara a abordagem em torno do tema, o trabalho foi dividido em dois capítulos.

No primeiro capítulo, faz-se uma apresentação da política de saúde no Brasil, buscando-se aspectos históricos do processo de implantação dessa política; aspectos legais

que explicam como está regulamentado o Sistema Único de Saúde, abrangendo organização, financiamento e atribuições quanto aos serviços de saúde pública no Brasil; e, mais especificamente, em que consistem os Hospitais Universitários, os quais fazem parte da configuração do SUS.

O segundo capítulo trata de apresentar a prática desenvolvida pelos assistentes sociais no Hospital Universitário da Universidade de Santa Catarina e, detalhadamente, a intervenção do profissional de Serviço Social junto a pacientes e familiares internados na Clínica Médica II com diagnóstico de AVC, cuja implicações serão objeto de esclarecimento nesse trabalho.

Ainda nesse capítulo, apresenta-se o relato da experiência de estágio, incluindo apontamentos quanto às dificuldades e facilidades encontradas para o desenvolvimento do trabalho, objetivando reforçar a prática da cidadania e da participação social.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 HISTORIANDO O SUS A PARTIR DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE

Os Serviços de Saúde emergiram no Brasil ainda no século XIX, apresentando uma organização precária, baseada na política médica, em que as questões de saúde eram ainda de responsabilidade estritamente individual, cabendo a cada um a atribuição de garantir sua própria saúde através do “bom comportamento”. As políticas públicas de saúde restringiam-se ao controle das doenças epidêmicas, do espaço urbano e do padrão de higiene das classes populares.

Podemos dizer que as três primeiras décadas do século XX representam o período de hegemonia das políticas de saúde pública: “modelo de atenção em saúde orientado predominante para o controle de endemias e generalização de medidas de imunização”, tida como ideologia campanhista, estava contextualizada pelas extensas repercussões sociais das políticas de defesa da renda do setor exportador cafeeiro e pela pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, que objetivava o controle das contas públicas.

Analisando as políticas de saúde desse período percebemos que o modelo de atenção à saúde dava espaço para a forte concentração das decisões, em geral tecnocráticas, nas mãos do governo. Elas também adotavam um estilo repressivo de intervenção, favorecendo o surgimento e a consolidação de uma estrutura administrativa centralista, tecnoburocrática e corporativista, dificultando, assim, a participação da população nas questões pertinentes à saúde.

Além disso, grupos do aparato militar estatal e da grande imprensa procuravam impedir que as diretrizes da política sanitária (mais dirigida aos interesses e necessidades da população) fossem concretizadas. Em pouco tempo, a resistência aparentemente difusa desse movimento transformou-se em conspiração aberta contra o poder dominante. Oficialmente a revolta à iniciativa de controle sanitário vacinação obrigatória ficou estigmatizada como simples manifestação de ignorância popular e deslocada para o terreno da violência e do crime, omitindo-se, então, a análise das condições sociais, dos interesses e mesmo dos marcos de referência econômicos, científicos e técnicos que possibilitariam tal política de saúde.

COSTA, “demonstra que a organização de saúde pública no Brasil foi uma resposta das classes dirigentes nacionais a inúmeras ameaças que tolhiam o desenvolvimento de novas relações econômicas no país. Essas ameaças determinariam concepções de organização sanitária que motivariam a resistência popular às ações de saúde pública” que vinham sendo adotadas. (COSTA, 1985).

Em resumo, pode-se dizer que, até 1930, o povo brasileiro contava com um sistema de atenção à saúde baseado na idéia do seguro, ou seja, só para os que pagassem por ela. Assim, apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho tinham acesso aos serviços de saúde que eram em sua maioria, privados.

Como decorrência das reivindicações operárias pelo estabelecimento de leis protetoras ao trabalho, durante o Período Populista consolidou-se a medicina “previdenciária”, destinada aos grupos mais organizados de trabalhadores urbanos, aí conduzida pelo governo, sobretudo com a criação os IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões), que apresentavam uma tendência acentuada no sentido de efetivar o poder nacional centralizado.

Em 1930, acontece a emergência de uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação. Entretanto ressalta o caráter restrito dessa política. Restrito, porque a amplitude de sua cobertura populacional era limitada, como também eram limitados os aspectos técnicos e financeiros de sua estrutura organizacional. (NORONHA e LEVCOVITZ, 1990).

A implantação dos programas e serviços de auxílio e de atenção médica foi impregnada de práticas clientelistas, típicas da Era Vargas, estendendo-se ao atrelamento dos sindicatos e dos Institutos ao Estado, através do controle da seleção, eleição e formação dos seus dirigentes, bem como da participação e da gestão nesses dois tipos de organização social. Tal controle se justificava pela nascente organização e mobilização de importantes parcelas de trabalhadores desde as décadas anteriores.

Ainda conforme NORONHA e LEVCOVITZ, 1990, o período seguinte propiciou uma rápida expansão da medicina previdenciária, permitindo o crescimento das redes públicas estaduais e municipais, voltadas predominantemente ao atendimento do pronto-socorro e da população marginal ao sistema previdenciário.

É no final deste período que se aquece o debate sobre o papel do Estado Nacional e da implantação de um efetivo sistema de saúde, tendo como marco a III Conferência Nacional de Saúde (1963), que propôs a implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil. Porém, a reação das forças conservadoras levou ao golpe militar de 1964, interrompendo o debate que vinha se dando até então.

O regime militar pós-64 teve como uma de suas características fundamentais a completa reversão da tendência descentralizante observada no período anterior. A centralização tornou-se obrigatória, dentro da lógica da orientação do regime militar.

A primeira fase do regime militar, até 1974, caracterizou-se pelo chamado “Milagre

Brasileiro”, pelo qual se operou uma grande reorientação na administração estatal, inclusive no setor da saúde.

A lógica centralista do período e a supressão do debate de alternativas políticas no seio da sociedade permitiram que o governo federal implantasse suas formas de cunho institucional as quais afetavam profundamente os modelos de saúde pública e de medicina previdenciária originados no período anterior. Essas mudanças estavam baseadas na generalização do modelo de cuidados individuais como padrão de saúde e orientavam um crescimento reduzido da produção quantitativa de atos médicos, com conseqüente construção (financiada pelo setor público) de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados e multiplicação do número de pessoas nas faculdades de medicina e odontologia. A saúde passou, então, a ser considerada um bem de consumo, principalmente um bem de consumo médico, como ressaltam Noronha e Levcovitz (1990).

De acordo com esses Autores, desde o começo da década de 70, muitos estudos e pesquisas foram realizados, com o intuito de demonstrar que o modelo de desenvolvimento adotado no país - concentrando rendas e não distribuindo benefícios sociais,... - era prejudicial à saúde das pessoas. Da mesma forma, o sistema de saúde que vinha se implantando era irracional, gastava mais recursos do que efetivamente recebia e não atendia adequadamente a população. Sob forte pressão social, começou a haver algum tipo de abertura política. A partir de então inicia-se a reorganização do movimento social. Sendo que essa época corresponde ao resgate da função política dos movimentos sociais e comunitários, os quais serviam de canal para a mobilização da população nas eleições de 1974 e das lutas pela redemocratização dos país.

Esses movimentos (associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, igreja e correntes políticas de oposição ao regime) passaram a

denunciar a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, reivindicando das autoridades soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde vigente.

Os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final da década de 70 e o início da de 80, sindicatos e partidos políticos também iniciaram uma fase de discussão e mobilização, centrada na questão da saúde. NORONHA e LEVCOVITZ (1990), observam que nesse período também surgiu o Movimento Sanitário que, utilizando os mesmos estudos e pesquisas, começou a denunciar os efeitos do modelo econômico na saúde da população, em defesa da Reforma Sanitária, caracterizando-se como um processo político de conquistas sociais em busca de saúde da população e a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde.

Nesse contexto de transição à democracia, surgiu um processo de reformulação da política de saúde que culminou com a Reforma Sanitária. A década de 80 encontrou o sistema de saúde brasileiro sob forte contestação frente às suas características básicas. Surgiram daí propostas alternativas de um modelo de saúde que tivesse como pano de fundo a democratização, com participação popular; a universalização dos serviços de saúde; a relevância do sistema público; e a descentralização. Nessa década, a crise da previdência, aprofundou-se e as possibilidades de situação achavam-se politicamente limitadas por outro lado, havia maior participação e organização dos trabalhadores em todos os níveis, inclusive na área de saúde.

Em 1981, foram os próprios setores governamentais, tanto da área econômica como da Previdência Social, os responsáveis pela grande politização da questão saúde, ao decretar falência do sistema e intensificar o debate público, tanto na imprensa como no Congresso Nacional, sobre a necessidade premente de mudanças. Esse debate contava com

a participação do CEBES –Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e da ABRASCO – Associação Brasileira Saúde Coletiva e culminou na criação do CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Mas até a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, vigorava no Brasil o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, estruturado sob a forma de grandes e burocratizados hospitais, que centralizavam os serviços de saúde. A concepção de saúde que norteava as práticas em saúde no Brasil estava, assim, centrada na cura da doença, prescindindo de ações eficazes de prevenção de doenças ou promoção à saúde.

No ano de 1986, com ampla participação popular, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, um marco na história da Saúde no Brasil. Como mostram MASCARENHAS, COSTA, MARCOS et. al (2003), “A VIII Conferência Nacional de Saúde, única que teve caráter popular e cujo tema era Saúde Direito de Todos e Dever do Estado, redige um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a implantação do SUS.”

Tais autores também consideram que “Em 1988, a Constituição consagra a saúde como produção social e estabelece as bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde da sua população. Estava instituído o Sistema Único de Saúde, o SUS: 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 o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (art.196 da Constituição Federal de 1988).” (MASCARENHAS, COSTA, MARCOS, 2003)

Também alertam que, “Para organizar o funcionamento do SUS, dando cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e defesa

da saúde, foram elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas de Saúde: Lei nº 8080/90, que enfatiza a descentralização político-administrativa através da municipalização dos serviços e ações de saúde e redistribui o poder, competência e recursos em direção aos municípios, e Lei nº 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e condiciona o recebimento de recursos financeiros à existência do Conselho Municipal de Saúde - que funciona de acordo com a legislação. Essas leis contêm as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios, ao elaborarem suas próprias normas para garantirem, em seus respectivos territórios, o direito à saúde para seus povos.” (MASCARENHAS, COST, MARCOS, 2003)

Ainda segundo a Lei 8080/90, os Conselhos de Saúde atuam na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômico e financeiro, sendo a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e nas Conferências paritárias em relação ao conjunto dos demais segmentos.

De acordo com SOARES e MOTTA;

...o Movimento de Saúde no Brasil é “o mais bem sucedido movimento reivindicativo de ação direta, no que se refere à institucionalização de canais legais de controle e participação em políticas públicas”, entretanto, assim em uma nova fase: a fase propositiva e “por aí tem de avançar, influenciando nas políticas públicas e desenvolvendo uma reflexão mais ampla rumo ao salto de qualidade”. (MOTTA e SOARES, s/ d).

E por que a saúde há de ter o Estado como responsável pela sua promoção, proteção e recuperação? Porque a saúde está entre os direitos fundamentais do ser humano e, assim sendo, só uma organização como o Estado pode responder pelos cuidados a ela inerentes. “A saúde está entre as finalidades do Estado chamado social (...). A ação do Estado em

matéria de saúde há de ser preventiva e curativa”. (CARDONE, 1990: 48).

A VIII Conferencia Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, alcança grande representatividade, e cumpre o papel de sistematizar tecnicamente e disseminar politicamente um projeto democrático de Reforma Sanitária, dirigido à universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços, e participação da comunidade.

Em julho de 1987, são criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), através do decreto 95657. Os debates e iniciativas de reorganização do pacto federativo no país, assim como os resultados eleitorais de novembro de 1986 criaram o clima favorável a essa medida que apontava os estados e municípios como os gestores do futuro sistema de saúde. Sendo que o programa dos SUDS representou a extinção legal da idéia de assistência médica previdenciária, referindo às funções e atribuições das três esferas gestoras no campo da saúde, reforçando a descentralização e restringindo em nível federal apenas às funções de coordenação política, planejamento, supervisão, normalização, regulamentação do relacionamento com o setor privado. Quanto ao INAMPS, estabelece a progressiva transferência aos estados e municípios de suas unidades, recursos humanos e financeiros atribuições de gestão direta e de convênios e contratos assistenciais e sua completa reestruturação para cumprir funções de planejamento, orçamento e acompanhamento.

A nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, institui o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a formatação final e regulamentação ocorrem mais tarde através das Leis 8080 e 8142, ambas de 1990.

A nova institucionalidade do setor de saúde começou a ser desenhada em 1986, por

ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília. Nessa conferência, foram estabelecidos os fundamentos do futuro Sistema Único de Saúde. Realizada em meio a amplos debates na imprensa, sindicatos, nos partidos políticos de oposição, nas instituições de ensino e pesquisa, e também em movimentos populares, a Conferência contribuiu decisivamente para formar consensos quanto ao diagnóstico crítico sobre o sistema de saúde vigente quanto a uma agenda de mudanças, a qual ficou conhecida como a agenda da Reforma Sanitária.

O SUS é o Sistema de saúde do governo, colocado gratuitamente ao acesso de todos. Qualquer pessoa, independente da sua renda e local de moradia, tem direito a ser atendido em estabelecimento ambulatoriais ou hospitalares ligado ao SUS. Não importa a doença ou os sintomas que a pessoa apresente. Mesmo que possua doença com sofrimento mental ou dependência química, a pessoa deverá ser assistida pela rede pública de saúde.

1.2 Organização do Sistema de Saúde no Brasil

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil é um direito de todos e um dever do Estado. Mais que isso, a saúde é item de relevância pública, o que assegura a participação do Ministério Público na Fiscalização do cumprimento das leis e a gratuidade dos serviços prestados pelo SUS para todos os que dele precisarem.

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, os quais deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização.

Pode-se dizer que um sistema de saúde tem como objeto de trabalho o processo saúde-doença, em sua complexidade e abrangência, e determinantes das condições de saúde

da população.

Nesse processo, a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida.

Saúde tem como fator determinante e condicionante, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (ART. 03 da lei 8080 de 19/07/1990).

Observa-se assim que saúde não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurado o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de todas as riquezas disponíveis, conhecimentos e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequado às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Em outras palavras, considera-se esse bem e esse direito como componente e exercício da cidadania, pois são eles um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público para a marcação e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações.

Mas, o que se entende por processo saúde-doença? O processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população que sofreu diversas modificações históricas e do desenvolvimento da humanidade.

O estado de saúde da população e a responsabilidade de intervir com eficácia na elevação dos seus baixos patamares constituem a razão norteadora da concepção e do desenvolvimento do SUS.

O SUS é um sistema, porque é formado por várias instituições dos três níveis de

governo (união, estados e municípios) e pelo setor privado, com o qual são feitos contratos e convênios para a realização de serviços e ações, como se fosse um mesmo corpo.

Ele é único, pois tem a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com uma mesma lógica. Esse sistema tem por princípios fundamentais a **eqüidade**, a **universalidade** e a **integralidade de suas ações**. E os princípios que regem a organização do Sistema Único de Saúde são: a **Descentralização**, a **Regionalização** e a **Hierarquização dos serviços**, a **Resolutividade das ações**, a **Participação dos Cidadãos** e a **Participação do Setor Privado** de forma complementar. O SUS baseia-se na eqüidade, porque deve oferecer os recursos a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana.

Quanto aos princípios de organização do SUS, entende-se que ele deve ser descentralizado, pois quem está próximo dos cidadãos tem mais chances de acertar na solução dos problemas de saúde. Assim, todas as ações e serviços que atendem a população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais.

Os serviços de saúde devem se organizar regionalmente e também obedecer a uma hierarquia entre eles. Eles devem estar dispostos de maneira regionalizada pois nem todos os municípios conseguem atender todas as demandas e todo tipo de problemas de saúde. As questões menos complexas devem ser atendidas nas unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado.

Como Resolutividade, o SUS entende que quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua

complexidade.

A participação dos cidadãos é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local.

A participação do setor privado diz respeito às ações que serão feitas pelo setor privado, preferencialmente pelo setor filantrópico e sem fins lucrativos, em complementação ao setor público, por meio de contrato administrativo ou convênio, quando o setor público não der conta do problema de saúde apresentado o que não descaracteriza a natureza pública dos serviços.

O sistema de saúde divide-se em três níveis de complexidade. O nível de baixa complexidade, prestador dos serviços básicos, é composto por postos de saúde, com a função de detectar e prevenir doenças. O nível de média complexidade caracteriza-se não apenas pelo atendimento ambulatorial dos postos de saúde do nível básico, mas também pelo exercício de especialidades clínicas e cirúrgicas e pelo oferecimento de internação. Nesse nível estão reunidos os hospitais distritais - casa de saúde, clínicas ou centros médicos - as maternidades e ponto-socorros. O nível de alta complexidade abriga, além dos serviços anteriores, a pesquisa ou estudo de determinadas doenças e o oferecimento de tratamentos especializados. Nesse nível estão os hospitais universitários, Centros e Institutos.

Entretanto, há de se reconhecer que os maiores desafios do SUS estão ligados à estruturação do novo modelo de atenção à saúde que, a partir das grandes funções da saúde pública, subordina os conceitos e programas da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania, buscando realizar efetivamente as atividades de promoção e proteção à saúde, sob os Princípios Éticos da Universalidade,

Eqüidade e Integralidade. Em decorrência disso, os desafios referem-se à melhoria da qualidade da atenção, elevação da resolutividade da rede de Unidades Básicas de Saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS e à garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade, cuja escala de operação impõe cobertura aos contingentes de população que, freqüentemente, ultrapassam a esfera municipal ou micro-regional, com o objetivo de, gradualmente, superar as desigualdades de acesso existentes.

1.2.1 Financiamento

Os recursos que compõem o financiamento do SUS provêm hoje de três fontes principais: recursos de tributos e contribuições federais, recursos de tributos estaduais e recursos da arrecadação tributária municipal. A contribuição de cada esfera de governo ao financiamento do SUS alterou-se nos últimos anos, com uma diminuição da parte do Estado e manutenção da contribuição da União. Porém, a maior mudança ocorrida com a implantação do SUS deu-se na composição dos recursos federais: durante a década de 80, a contribuição de empresas e trabalhadores à Previdência Social proporcionava parte destes recursos, enquanto essa proporção se reduziu muito entre 1991 e 1993 para a partir de então, não mais representar uma contribuição significativa. Dessa forma, ela foi substituída por um conjunto de contribuições compulsórias sobre o faturamento e o lucro das empresas.

Em nível municipal, cabe às prefeituras, secretarias municipais ou equivalentes, a promoção e avaliação dos serviços de saúde e a criação de leis específicas, além da execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, programas de alimentação, nutrição e saneamento básico.

Os serviços de saúde de gestão estadual são aqueles de referência estadual, de tecnologia avançada e de especialidades específicas, contando esses com investimento e

custeio de recursos oriundos de nível federal e do próprio estado através do Fundo Estadual de Saúde.

A esfera federal, cujo gestor é o Ministério da Saúde, tem como finalidade liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, sendo responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde. A descentralização de recursos financeiros para Estados e Municípios, aliada à decisão política de seus gestores, é imprescindível para a concretização dos modelos assistenciais propostos pelos estados e municípios.

O financiamento dos níveis de complexidade do sistema de saúde brasileiro foi inicialmente dividido em recursos para a assistência básica (PAB) e recursos para média e alta complexidade (MAC). Desse modo, a assistência básica pode ter um incremento importante de recursos, mas com garantia dos recursos necessários para as atividades de maior complexidade. Posteriormente, os recursos da assistência de média e alta complexidade foram subdivididos nas duas áreas, sempre de acordo com as políticas de alocação de recursos definidas pelas comissões intergestoras estaduais. Sendo assim, a assistência passou a ter a seguinte sistemática de financiamento:

- atenção básica: é a assistência de baixa complexidade, que deve ser ofertada por todos os municípios. São ações financiadas com recursos transferidos automaticamente aos estados (poucos) e municípios (quase todos), com base de cálculo predominantemente demográfico.
- atenção de média complexidade: são procedimentos que devem ser realizados por todos os estados e municípios que possuem unidade hospitalar. São financiados com recursos transferidos automaticamente a estados e municípios habilitados à gestão plena de sistema e com tetos

financeiros definidos pelo Ministério aos estados e pelas Comissões Bipartite aos municípios. Os gastos ainda são dependentes da lógica anterior de concentração de unidades prestadoras de serviços, mas com gradual mudanças para definição de valores per capita.

- Atenção de alta complexidade: é composta por procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e que não são ofertadas por todas as unidades da federação. Os exemplos mais importantes são os das cirurgias cardíacas e neurocirurgias, procedimentos de oncologia (radioterapia, quimioterapia), tratamento dialítico aos pacientes com insuficiência renal crônica (hemodiálise), entre outros.

1.2.2 Atribuições

Conforme está disposto na nova Constituição Federal de 1988, a proteção, a defesa e o cuidado da saúde estão sob a responsabilidade das três esferas de governo, cujas ações e serviços devem constituir um sistema que apresente apenas uma direção em cada uma dessas esferas.

Pode-se dizer que uma das idéias mais importantes, criada e concretizada no SUS, é sem dúvida o *controle social* – exercido pelos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, cuja composição conta com representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e dos usuários dos serviços de saúde de forma paritária. Com a reorientação dos serviços de saúde, iniciou-se no país o processo de descentralização das responsabilidades dos gestores, ou seja, a redefinição clara dos papéis a serem exercidos pelos diversos níveis de atuação – processo esse que vem sendo implementado de forma gradativa, para que as estruturas municipais possam ser

fortalecidas em seu trabalho.

Os serviços de saúde são parte integrante de uma rede distribuída hierarquicamente por toda as regiões do país, organizada sob a ótica da estrutura estabelecida na lei 8080/90, que rege o SUS.

Um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo da década de 90, relaciona-se ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais. Sendo que a Norma Operacional do SUS tem representado um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelece, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios.

1.3 Os Hospitais Universitários e o SUS

O artigo 45 da Lei 8080/90, que regulamenta o SUS, dispõe sobre a função dos Hospitais Universitários. Esse artigo ressalva a singularidade dos HUs enquanto unidades de ensino e assistência: “os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados”.

Baseada nessa dualidade de centro de formação e de unidade assistencial é possível dizer que os HUs são ainda unidades que funcionam de acordo com as determinações de seus respectivos dirigentes ou corporações acadêmicas das quais fazem parte.

Caldas Junior, afirma que,

A despeito de todas estas determinações legais e dos avanços observados na relação HU-SUS, ainda persistem imensas dificuldades especialmente no que se refere a: programação pactuada e integrada de atividades, prevista na vigente Norma Operacional Básica 01/96 (1996); definição de competências dentro do sistema regionalizado e hierarquizado; fluxo interinstitucional de informações e paciente, etc.” (1999, p.134).

Como dito anteriormente, do ponto de vista operacional, os HU's participam da rede como unidades assistenciais e centros formadores de recursos humanos. Nessa primeira dimensão atendem pelas ações de maior complexidade tecnológica do sistema, seguindo a lógica da hierarquização dos serviços prevista na lei.

Costumam ser classificados como unidades de nível terciário e/ou quaternário, e, via de regra, são referência para unidades de menor sofisticação do estado ou região, “quase sempre a única alternativa de acesso gratuito da população ao atendimento de qualidade e sofisticação técnica”. (CALDAS JUNIOR, 1999, p. 134).

Todavia é preciso ressaltar que os serviços de média ou baixa complexidade são também absorvidos com larga frequência nos HUs.

O hospital universitário foi criado no contexto da reforma Flexneriana iniciada em 1910 nos Estados Unidos. Esta reforma tinha como objetivo modernizar a formação médica com a absorção imediata de tecnologias de ponta no curso da aprendizagem do ofício, o que possibilitou

(...)um extraordinário desenvolvimento tecnológico no campo da assistência médica, do qual todos somos beneficiários, promoveu também um desastroso efeito sobre a compreensão do fenômeno saúde-doença, reduzindo-o quase que exclusivamente à sua determinação biológica e, conseqüentemente, limitando as intervenções a esse nível (RODRIGUEZ NETO, 1996, p.8).

1.3.1 Hospital Universitário de Santa Catarina

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) é uma unidade governamental de caráter público que tem por missão “atender os indivíduos acometidos por todas as especificidade de doença e orientar a população em geral, utilizando recursos humanos e tecnológicos desenvolvidos através de ações curativas, preventivas e de reabilitação, que integram atividades de ensino e pesquisa”. O HU é um hospital referência, pois é o único que atende somente pelo SUS no Estado de Santa Catarina. Os objetivos gerais do HU/ UFSC são:

- ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das coordenadorias e departamento de ensino que nele efetivamente atuam;
- prestar assistência na área da saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária;
- prestar assistência de baixa, média e alta complexidade;
- ensino de graduação de medicina e demais áreas de saúde para formação de profissionais;
- agente fornecedor de subsídios para formação e treinamento de pessoal hospitalar (atendente, operadores de raios-x, técnicos de transfusão, etc.).

Os serviços prestados à comunidade são:

- atendimento à saúde da comunidade universitária, que desenvolve atividade de assistência ambulatorial para servidores e alunos da UFSC;

- medicina ambulatorial, que desenvolve atividade voltada ao atendimento de baixa complexidade, no sentido de prevenir, curar doença a nível ambulatorial;
- campo de estágio para cursos de graduação da área de saúde e afins.

O HU/ UFSC é um hospital público federal, tendo como público alvo, segundo as diretrizes do SUS, todas as pessoas, indiscriminadamente. A demanda varia na razão direta das clínicas e unidades existentes, não havendo um perfil único do usuário, porém há uma demanda elevada de pessoas com vulnerabilidade sócio-econômico procedente, em sua maioria, da grande Florianópolis.

Em uma perspectiva geral, o SUS é a política social que norteia as ações dos profissionais do HU. Ele é um hospital que presta atendimento nos níveis de média e de alta complexidade à saúde.

2. A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO A SAÚDE NO HU

2.1 O SERVIÇO SOCIAL NO HU/ UFSC – A PRÁTICA DE ESTÁGIO

Tendo as questões sociais derivadas do processo saúde-doença como eixo principal de sua intervenção, os assistentes sociais da área da saúde, tanto nos centros de saúde, quanto nos ambulatórios especializados e nos hospitais, têm como processo de trabalho: “o levantamento de dados para caracterização e identificação das condições sócio-econômicas e sanitárias dos usuários; a interpretação de normas e rotinas; os procedimentos de natureza educativa, como orientações e encaminhamentos individuais e coletivos; o agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial; e o desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no sistema e à comunidade”. (COSTA, 2000, p. 46)

O mesmo pode ser dito quanto ao processo de trabalho dos assistentes sociais nos HU's, onde os profissionais de Serviço Social atuam mais diretamente ligados à área da saúde, apesar de também utilizarem conhecimentos da área de previdência e de assistência social em sua prática diária.

O trabalho do Serviço Social no HU/ UFSC é realizado numa perspectiva educativa, assistencial e de apoio emocional, sendo que sua atuação no hospital se define através de um plano que foi elaborado pelos assistentes sociais com assessoria do Departamento de Serviço Social da UFSC, objetivando sistematizar as ações técnicas do cotidiano profissional nesse espaço. O plano de atuação divide-se nos seguintes programas:

Programa de Internação:

- Clínica cirúrgica I e II;
- Clínica médica I, II e III;
- Ginecologia;
- Pediatria;
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

Programa de atuação do Serviço Social junto a Patologias Específicas:

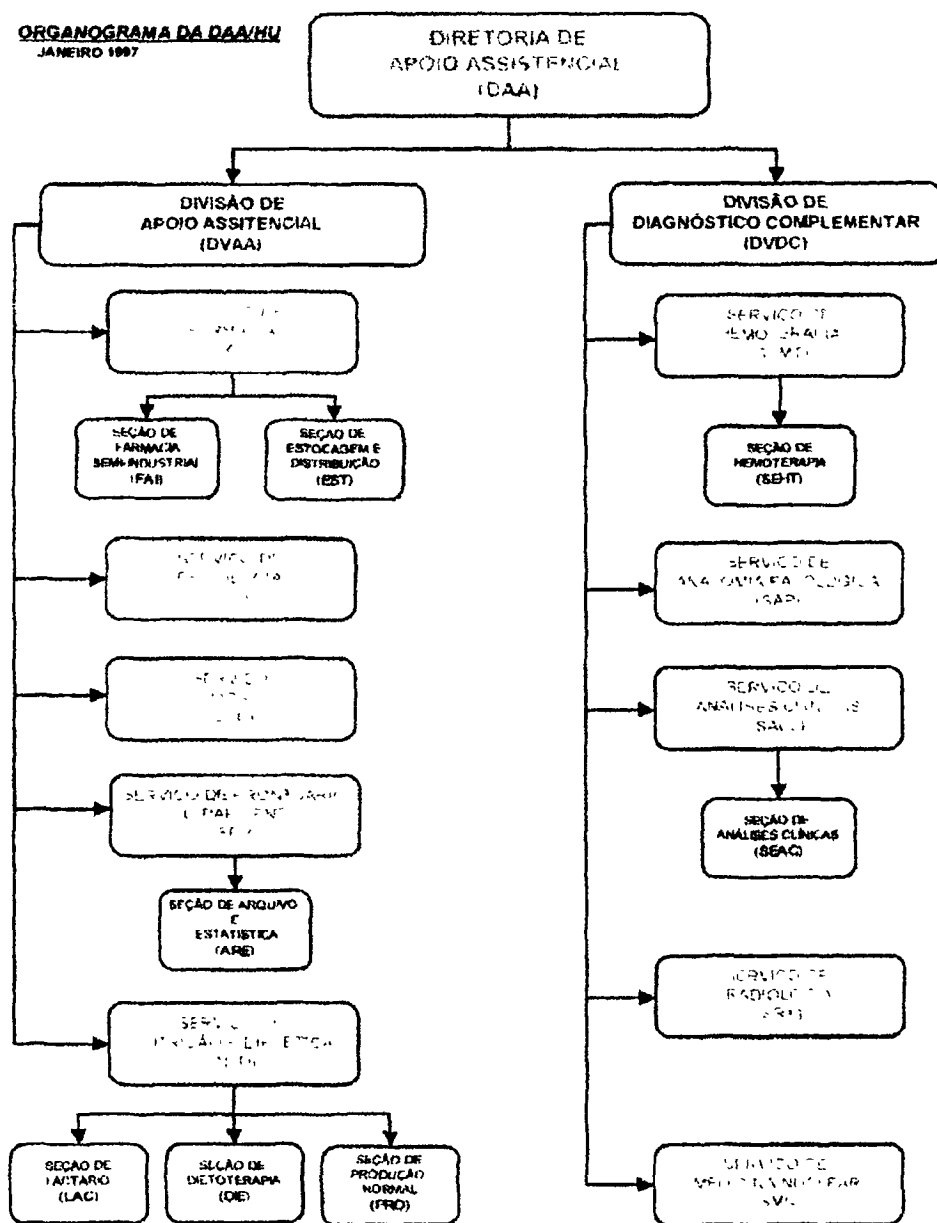
- Projeto de atuação junto aos Diabéticos (internação e ambulatório);
- Projeto de atuação junto a pacientes com Insuficiência Renal Crônica.
- Programa de Ações Especiais do Serviço Social;
- Projeto de atuação do Serviço Social no NIPEG - Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátria;
- Projeto de atuação do Serviço Social junto ao Planejamento Familiar;
- Projeto de Plantão do Serviço Social junto ao Ambulatório;
- Projeto do Serviço Social junto ao Grupo de Voluntários; etc.
- Comissão de Atendimento à Criança Vítima de Maus Tratos;
- Projeto de Atuação do Serviço Social Junto ao Núcleo Desenvolver;
- Projeto de Atuação do Serviço Social junto à Emergência;

A estrutura do HU apresenta um órgão superior de deliberação, o Conselho Diretor; conta ainda com uma Direção Geral e vice-diretoria que esta assessorada por uma secretaria administrativa e comissões permanentes.

À Diretoria Geral estão vinculadas quatro diretorias setoriais: diretoria de medicina,

diretoria de enfermagem, diretoria de administração e diretoria de apoio assistencial. O serviço social esta vinculada a esta última diretoria mencionada.

ORGANOGRAMA DA DAA/HU
JANEIRO 1997



Fonte: HU/UFSC

Para efetivar a ação profissional que compete ao Serviço Social é necessário que se tenha um conjunto de conhecimentos e habilidades. Como cada área de atuação do Serviço Social requer conhecimento e habilidade específica, é fundamental que o profissional (estagiária) faça um bom reconhecimento da realidade institucional ou da área em que vai atuar e tenha conhecimento das bases teórico-metodológicas que utilizará para fazer esse reconhecimento / leitura, de forma que utilizando instrumentos e técnicas adequadas, imprima ações eficazes e condizentes com a realidade em que está atuando.

2.1.1 Contextualização do Objeto de Intervenção no Âmbito da Política Social

O reconhecimento da realidade da instituição onde se dá a intervenção profissional implica fazer uma relação entre o objeto de intervenção e a política social que ampara as ações profissionais na área de atuação.

O objeto de intervenção profissional durante a experiência de estágio no HU/UFSC foram as questões relativas ao processo saúde-doença vivenciado por pacientes internados na Clínica Médica II do HU(CMII), bem como por suas famílias.

É importante salientar que as políticas sociais existentes para atender a família são fragmentadas, ela ainda não é vista como um todo pelas instituições e programas sociais. As instituições, em sua maioria, nos processos de atenção à família trabalham visualizando o usuário-problema, ou seja, a preocupação central é a resolução dos problemas de seu usuário, tendo apenas uma leitura limitada das demandas que lhe são colocadas.

Em uma perspectiva geral, o SUS é a política social que norteia as ações dos profissionais de assistência social no HU, conseqüentemente, as ações enquanto estagiária

também foram direcionadas por essa política social de saúde.

Trazendo o objeto de intervenção para uma perspectiva particular, pode-se dizer que ele está dentro dos níveis de média e alta de complexidade em, relação à saúde, pois o HU é um hospital referência em todo o Estado de Santa Catarina por atender somente pelo Sistema Único de Saúde pacientes que apresentam problemas de que o nível de baixa complexidade já não dá mais conta.

O padrão de saúde de qualquer sociedade é entendido a partir do momento que se consideram seus valores culturais e seu contexto histórico, político e econômico. A formulação das políticas sociais que cada sociedade implementa sempre será marcada pela realidade econômica que vivencia num dado momento histórico. Pode-se dizer que o sistema de saúde brasileiro, enquanto política social, foi sendo e está configurado de acordo com a situação econômica do país.

Hoje, a legislação brasileira estabelece 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”.(ART. 196 da Constituição Federal de 1988). E é essa lei que orienta o Sistema de Saúde Brasileiro.

Em 06 de março de 1997, o Conselho Nacional da Saúde, através da Resolução CNS nº 218, reconheceu o assistente social, juntamente com outras categorias, como profissional de saúde de nível superior. Assim, juntamente com médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos, assistentes sociais também são profissionais da área da saúde.

Tendo a saúde como uma de suas áreas de atuação, o Serviço Social aparece trabalhando em centros de saúde, ambulatorios e hospitais, bem como em instâncias

governamentais que planejam e executam as políticas de saúde. Nesses espaços, propõe-se a atuar no sentido da garantia direitos e da emancipação dos indivíduos. Sendo que a formação do Assistente Social não é especificamente em saúde, mas possibilita aos profissionais atuarem, com competência, nas diferentes dimensões da questão social como habilidades de elaborar, de implementar, de coordenar e de executar as políticas sociais inclusive no âmbito da saúde.

Observando a produção existente, sabe-se que os espaços ocupacionais preenchidos pelos assistentes sociais que atuam na área da saúde são os centros de saúde, os ambulatórios e os hospitais, além das instituições de saúde mental e dos Conselhos de Direito. Verifica-se também a atuação de assistentes sociais junto a Organizações Não Governamentais (ONG's) e associações, em que executam ações sócio-educativas e desenvolvem parcerias, sempre enfocando a questão saúde-doença e suas implicações na vida da comunidade, da família e do usuário dos serviços de saúde.

A ação do Serviço Social em hospitais, junto a usuários (e familiares) que buscam um tratamento específico e especializado, se dá a partir da internação. A internação é uma situação de estresse e/ou conflito para paciente e familiares, devido ao afastamento de suas atividades cotidianas e de sua família.

O Serviço Social intervém a fim de clarificar, motivar, apoiar, conscientizar, orientar e diminuir tensões e sofrimentos. Ele almeja uma efetiva participação do paciente e da família no tratamento e a integração daqueles à nova sistematização dos serviços posta pelo SUS.

2.1.2 Bases Teórico-Metodológicas

O Serviço Social é a profissão que tem por eixo ordenador a questão social, ele se preocupa em trabalhar as várias expressões dessa questão social. Por questão social entende-se o conjunto de reflexos ao processo de produção e reprodução das relações sociais vividas pelos homens em um determinado momento histórico. Ou seja, o conjunto das expressões das desigualdades das sociedades capitalistas, no qual a produção social é cada vez mais coletiva e o trabalho cada vez mais social, mas a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parcela da sociedade, como afirma Seemann (2002).

O Serviço Social trabalha na implementação de políticas sociais e de padrões de proteção social, que são desdobramentos e até mesmo respostas às expressões da questão social no capitalismo.

A luta por transformações sociais e o combate à desigualdade expõe em linhas gerais como princípios filosóficos dessa categoria profissional. Categoria que tem a liberdade e a justiça social como valores essenciais necessários a uma vida democrática plena e voltada para o desenvolvimento da cidadania de acordo com seu código de Ética Profissional.

“À medida que a sociedade vai se fazendo, construindo-se, vai também se transformando e essas transformações influenciam a vida dos indivíduos. Esses, por sua vez, estão sempre trazendo ou vivenciando expressões da realidade social sob forma de expressões particulares. Quando um problema ou situação particular torna-se público, atingindo um grande contingente de pessoas e tornando-se constante, ele é transformando

em questões sociais. Surge, então, um espaço para o trabalho das profissões interventivas como o Serviço Social”.(SEEMANN, 2002)

Para que a intervenção profissional junto a questões sociais seja eficaz e qualificada, entretanto, é preciso entender muito bem que as situações particulares nascem da sociedade; elas são, portanto, consequência das relações que se estabelecem nessa sociedade. Assim, é possível resolver as situações particulares sem individualizá-las, mas com base na transformação do todo.

O Serviço Social também entende que os sujeitos devem ser considerados e tratados como agentes que fazem sua própria história; ele tem trabalhado na perspectiva da conscientização dos sujeitos sobre seus direitos e deveres, para, através dessa consciência, gerar mudanças sociais.

Conforme Seemann (2002), “Tentar perceber qual é a estrutura assumida pela família dos pacientes internados, como ela se organiza em suas relações, é a forma ideal para começar a trabalhá-la. Além disso, a atitude de mexer nas estruturas deve ser uma escolha consciente dos membros da família, pois não cabe aos profissionais que realizam a intervenção decidir o futuro do grupo. Cabe a nós profissionais, sim, contribuir para que a família chegue ao entendimento de que tipo de estrutura organizacional assume e da possibilidade de uma reestruturação que passe por mudanças em suas relações e gere melhorias para todos.”

De acordo com Semann, o trabalho do Serviço Social junto a família dá-se em três níveis: proposição de políticas sociais; articulação e organização dos serviços; intervenção direta. Dentro dessa última, o assistente social pode desenvolver quatro tipos de ação: ação pericial, ação sócio-educativa, ação sócio-terapêutica e trabalho com redes. É depois de realizar um estudo social (leitura da realidade com base no que é levantado pelos próprios

membros) e conhecer a realidade sócio-familiar dos usuários que se escolhe o tipo de ação a ser desenvolvida.

Na CMII, o trabalho com famílias e dos pacientes internados, constitui-se de ações sócio-educativas e ações sócio-terapêuticas. Em alguns momentos, o trabalho com redes também acontece.

As ações sócio-educativas dão-se todas as vezes que, com base na informação, conhecimentos novos são trazidos ao paciente ou à família. Os usuários se apropriam desses conhecimentos e, orientados como sujeitos, têm a oportunidade de sugerir, discutir e repensar suas ações e relacionamentos dentro da família, passando, assim, por um processo de transformação consciente, alertado por Seemann (2002).

Realizam-se ações sócio-terapêuticas fazendo um trabalho de apoio, agindo sobre momentos críticos de sofrimento por parte dos usuários e que estejam ligados aos relacionamentos familiares. Tem-se por objetivo promover o conserto, a remoção do sofrimento, mesmo sabendo que isso geralmente acontece em longo prazo. Sendo que, com famílias, mais concretamente falando, estas ações são: apoio, mediação familiar, terapia familiar, grupos psicossociais. Os usuários são levados a refletir sobre a situação que vive e que os incomoda e sobre a realidade que a influencia. O profissional investe no paciente ou em um dos membros da família, sem perder a noção do todo, pois este se encontra muito fragilizado e conseqüentemente toda a família. Faz-se, então, um acompanhamento mais próximo ao membro onde o sofrimento se expressa mais intensamente, mas a busca pela transformação ou melhoramento da situação envolve toda a família.

Conforme Almeida (1988:9), essas ações sócio-terapêuticas estão ligadas à psicoterapia, que, por sua vez,

“seria o conjunto de procedimentos de ordem psicológica para o

tratamento de situações, comportamentos, crises, distúrbios e doenças de gênese psicológica ou que, tendo outras origens, repercutem significativamente no campo psicoemocional. Entendemo-la como atividade ampla, que vai do tratamento das doenças, enquanto entidades médico-psicológicas, até dificuldades cotidianas e aparentemente prosaicas, passando pelas dúvidas e interrogações existenciais e convergindo na problemática da comunicação e das relações humanas.” (ALMEIDA, 1988: 09).

A mudança que se deseja ajudar a promover é aquela a qual o usuário será capaz de construir – que seja significativa para ele e permita-lhe agir no futuro com mais êxito como pessoa. Essa mudança em que se está interessado implica aprendizagem. Mas para que chegue nela o usuário precisa de amparo, de apoio e deverá encontrar isso no profissional. A intenção é ajudar o usuário a ajudar-se, pois muitas vezes ele não consegue vencer sozinho a situação em que se encontra.

O trabalho com redes é efetivado quando o profissional desenvolve ações no sentido de mobilizar outras ações e serviços diversos para atender uma situação. Trata-se de abrir possibilidades em função de uma demanda que se apresenta. Esse tipo de ação envolve responsabilização e comprometimento por parte do profissional. Aqui estamos considerando os dois tipos de redes: as primárias - parentes, familiares, vizinhos - e as secundárias - instituições, profissionais -, conforme aponta Seemann (2002).

No trabalho com famílias, é interessante injetar na rede primária políticas e soluções propostas pelos próprios membros da rede. Dela fazem parte todos os indivíduos que, segundo os membros da família, participam dos problemas e das situações vividas pelo grupo familiar. O profissional de assistência deve privilegiar a utilização das redes primárias na superação dos problemas apresentados pelos usuários e só quando as

possibilidades destas se esgotam acionar as redes secundárias, também a partir de Seemann (2002).

Observa-se que o Serviço Social na área da saúde ainda é visto com um olhar desconfiado por seus possíveis usuários, pois muitos ainda não sabem do que se trata este serviço. No entanto, cada vez mais o papel do Serviço Social na saúde torna-se mais claro e menos pontual para os assistentes sociais que trabalham nessa área, visto a necessidade que esses profissionais têm sentido de possuírem uma identidade própria. Dessa forma, pode-se dizer que o papel de Serviço Social em unidades hospitalares consiste basicamente em orientar e fortalecer seus usuários na conquista de seus direitos, conforme ressalta Vasconcelos, 2002.

No caso da Clínica Médica II (CMII) do HU, que atende somente usuários em situação de internação, cabe também ao Serviço Social a realização de mediação entre médicos, pacientes e família. Porém, família e paciente requerem uma atenção especial do Serviço Social, pois ambos sofrem modificações em seu cotidiano, decorrentes da separação familiar, da alteração de papéis e funções, adaptação à realidade hospitalar, expectativas relacionadas ao diagnóstico e tratamento que se intensificam com as internações prolongadas e a ociosidade advinda da situação.

Além de toda a questão emocional, o paciente apresenta igualmente outras necessidades, para as quais o Serviço Social precisa prestar auxílios concretos (passagens, medicamentos, alojamento para acompanhantes, alimentação, etc.), buscando amparo no contexto institucional e comunitário.

O HU é um hospital público federal, tendo como público alvo, segundo as diretrizes do SUS, todas as pessoas indiscriminadamente. A demanda varia na razão direta das clínicas e unidades existentes, não havendo um perfil único do usuário, porém há uma

demanda elevada de pessoas com vulnerabilidade sócio-econômico, procedentes, em sua maioria, da grande Florianópolis.

De uma maneira geral os usuários que são atendidos na Clínica Médica II apresentam como principal questão ao Serviço Social o vínculo empregatício/previdenciário, visto que entre os pacientes há predomínio de trabalhadores do mercado informal sem nenhum vínculo com INSS. Muitos não desenvolvem nenhuma atividade laborativa remunerada e não estão aposentados.

A maioria dos usuários é de idade superior a 30 anos, e como mencionado anteriormente a grande maioria mora na grande Florianópolis, sendo os demais provenientes do interior do Estado.

As situações vivenciadas pelos pacientes no seu cotidiano - condições habitacionais inadequadas, sub-empregos, renda familiar insuficiente, analfabetismo - são refletidas na demanda que apresentam à equipe do Serviço Social, a qual atua buscando alternativas para possíveis mudanças.

A situação de cada paciente é diferente, por exemplo: as pessoas que estão internados na especialidade da Neurologia, muitas vezes apresentam seqüelas, ficam acamadas por muito tempo, necessitando de cuidados especiais e de ajuda de terceiros durante grande parte do tempo, o que muda toda a rotina de uma família. Diante disso, cabe ao Serviço Social estar articulando alternativas de resolução às demandas que se apresentam nesse bojo de alterações que a dinâmica familiar sofre.

Um exemplo de atuação pode ser citado: muitos dos pacientes da Neurologia com problema de AVC – Acidente Vascular Cerebral - necessitam de fraldas por um período indeterminado e a família não possui condições financeiras para adquirir tal material. Assim são encaminhados às Prefeituras ou a outras instituições não-governamentais que

possam fornecer ou facilitar a aquisição desse material. Também se trabalha a questão de reorganização familiar para lidar com essa nova situação (de possuir um membro dependente). Outro aspecto difícil para os familiares trabalharem é a questão da morte. Então o Serviço Social também atua frente a isso, principalmente, por carência de profissionais de psicologia. Aos poucos, vai-se apresentando a situação de saúde do paciente à família e, ao mesmo tempo, prestam-se orientações sobre a conduta a ser tomada pela família caso o paciente chegue a óbito.

A interpretação de normas e rotinas refere-se às explicações sobre horário e duração das visitas, número de visitantes permitidos para cada paciente internado, comportamentos a serem adotados durante a visita e atitudes e comportamentos do paciente e da família pós-alta médica, além de outras normas específicas da unidade. Em alguns hospitais, os assistentes sociais são chamados para auxiliar também na elaboração dessas normas.

O profissional de Serviço Social tem como processo de trabalho o levantamento de dados para caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários, a interpretação de normas e rotinas, os procedimentos de natureza educativa, como orientações e encaminhamentos individuais e coletivos, o agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial, e o desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no sistema e à comunidade, como menciona Costa (2000).

O mesmo pode ser dito quanto ao processo de trabalho dos assistentes sociais nos HU's, aí os profissionais de Serviço Social atuam mais diretamente ligados à área da saúde, apesar de também utilizarem conhecimentos na área de previdência e assistência social em sua prática diária.

O trabalho do Serviço Social no HU/ UFSC é realizado numa perspectiva educativa,

assistencial e de apoio emocional, sendo que sua atuação no hospital se define através de um plano que foi elaborado pelos assistentes sociais com assessoria do Departamento de Serviço Social da UFSC, objetivando sistematizar as ações técnicas do cotidiano profissional nesse espaço.

Mas, no cotidiano da prática do Serviço Social na área da saúde, depara-se com situações em que, apesar da legislação vigente, observa-se a violação dos direitos à saúde.

2.1.3 O Direito do Paciente ao Tratamento

De acordo com MAIA e SOUZA, “O ser humano é formado por uma máquina orgânica que necessita de revisões constantes. Alguns possuem poder aquisitivo suficiente para manter o bom desempenho do maquinário, às vezes, chegando a trocar “peças”. Todavia, há outros que não são capazes de promover o seu desenvolvimento pleno, sendo dependentes de um órgão mais forte que lhes dê condições de manter o funcionamento dos sistemas. Esses servem-se do sistema público de saúde, oferecido pelo Estado. Enquanto aqueles usufruem de programas particulares de proteção à saúde, representados pelos planos de saúde privados”.

A saúde consiste em um direito fundamental que, segundo o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, deve ser assegurado a todos os brasileiros pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. Não constitui apenas a ausência de enfermidades, mas também o pleno desempenho das faculdades físicas, mentais e sociais. Isso significa que o Estado tem que criar condições para que toda e qualquer pessoa tenha acesso aos Serviços de saúde, hospitais, programas de prevenção e medicamentos. Resultado de muitas lutas e mobilização da sociedade, a Constituição Brasileira reconheceu

a saúde com um direito de cidadania e instituiu um sistema de saúde que precisa ser implementado.

Sendo assim, podemos dizer que o Direito a Saúde é violado quando um cidadão:

- Não tem acesso ao um atendimento com qualidade;
- Não tem acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, a proteção e a recuperação da sua saúde.
- Não tem acesso gratuito, mediante financiamento público, aos medicamentos necessários para tratar e restabelecer sua saúde.
- É obrigado a permanecer sobre um a maca nos corredores de um hospital por falta de leito, sem assistência devida e submetendo-se ao risco de contrair outras doenças;
- Tem que passar noite em fila de Posto de Saúde para poder agendar uma consulta com especialista;
- Não tem acesso a medicação prescrita e necessária pela falta de distribuição de remédios por parte do governo;
- Não consegue realizar os exames solicitados por seu médico, porque o Estado, não fornece condições para realizá-lo;
- Não tem acesso às políticas de prevenção;
- Sofre conseqüências graves de erros médicos;
- Em muitas situações submete-se a uma consulta onde não recebe a devida atenção por parte da equipe de saúde.

Essas situações muito caracterizam a ausência e desrespeito e preceitos básicos de direito à saúde e ao que chamamos direitos do paciente. O médico Cristian Gauderer,

concentua “a palavra *paciente* advém exatamente desta postura obsoleta: o indivíduo doente esperava, aguardava pacientemente pela recuperação”, (GUADERER, 1991, pp.13).

O autor refere-se que muitas vezes o cidadão deve ser mais ativo e menos paciente, deve assumir uma postura responsável e participativa. É fundamental a relação entre o indivíduo com sua doença e com os profissionais da saúde, obtendo esclarecimento de seus direitos e recursos para a recuperação de sua doença.

O indivíduo deve saber que é de total direito:

- o atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde, é direito seu também um local digno e adequado para seu atendimento.
- 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 recebimento de auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem estar, tal auxílio deverá ser advindo de um funcionário adequado, presente no local;
- identificação do profissional por crachá preenchido com o nome completo, função cargo;
- a exigência de que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado, ou descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção;
- o recebimento de explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade será coletado o material para exame de laboratório;
- a informações claras, simples e compreensíveis, adaptadas a sua condições cultural, sobre as ações diagnósticos e terapêuticas, a duração do tratamento, e quais os

procedimentos a serem tomados.

O conhecimento sobre os direitos do paciente era um dos instrumentos utilizados pelo Serviço Social do HU/UFSC no desenvolvimento de suas ações.

2.2 Compreendendo o Processo/Doença do AVC – Acidente Vascular Cerebral

Conhecido popularmente como “derrame cerebral”, o Acidente Vascular Cerebral (designado pela sigla AVC) é a terceira causa de morte em vários países do mundo e a principal causa de incapacitação física e mental.

AVC - derrame cerebral –

“o acidente vascular cerebral é uma doença caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico (diminuição da função) que persiste por pelo 24 horas, refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral; começa abruptamente, sendo o déficit neurológico máximo no seu início podendo progredir ao longo do tempo”, (FUKUJIMA, 2001).

O AVC pode ser compreendido como uma dificuldade, em maior ou menor grau, de fornecimento de sangue e seus constituintes a uma determinada área do cérebro, determinando o sofrimento ou morte dessa área (neste caso, chamado infarto) e, conseqüentemente, perda ou diminuição das respectivas funções.

Existem basicamente dois tipos de AVC:

- a) Isquêmico: quando não há passagem de sangue para determinada área, por uma obstrução no vaso ou redução no fluxo sanguíneo do corpo.

b) Hemorrágico: quando o vaso sangüíneo se rompe, extravasando sangue.

Vários fatores de risco são descritos e estão comprovados na origem do acidente vascular cerebral, entre eles estão: a hipertensão arterial, doença cardíaca, fibrilação atrial, diabetes, tabagismo, hiperlipidemia. Outros fatores que podemos citar são: o uso de pílulas anticoncepcionais, álcool, outras doenças que acarretem aumento no estado de coagulação do sangue do indivíduo.

Diante de um AVC o indivíduo pode sofrer conseqüências, como: fraqueza nos membros ou até mesmo perda de movimentos, distúrbios visuais, alterações de linguagem e fala e ainda convulsões.

Inicialmente é necessário diagnosticar e diferenciar o acidente vascular isquêmico ou hemorrágico, para, então, providenciar o tratamento e a prevenção adequada. O tratamento inclui a identificação e controle dos fatores de risco, o uso de terapia antitrombótica (contra a coagulação do sangue) e endarterectomia (cirurgia para retirada do coágulo de dentro da artéria) de carótida em alguns casos selecionados. A avaliação e o acompanhamento neurológico regulares são componentes do tratamento preventivo bem como o controle da hipertensão, da diabete, a suspensão do tabagismo e o uso de determinadas drogas que contribuem para a determinação da incidência de acidentes vasculares cerebrais.

O acidente vascular cerebral em evolução constitui uma emergência, devendo ser tratado em ambiente hospitalar.

O uso de terapia antitrombótica é importante para evitar recorrências. Associado a essa terapia, a mudança nos padrões de vida do indivíduo - melhores condições de vida ela a ela associada - ajudaria a obstar novas ocorrências. Além disso, deve-se controlar outras complicações, principalmente em pacientes acamados (pneumonias, tromboembolismo,

infecções, úlceras de pele) que a fisioterapia previne, tendo papel importante na recuperação funcional do paciente.

As medidas iniciais para o acidente vascular hemorrágico são semelhantes, devendo-se obter leito em uma unidade de terapia intensiva (UTI) para o rigoroso controle da pressão. Em alguns casos de cirurgia é recomendado com o objetivo de se tentar a retirada do coágulo e fazer o controle da pressão intracraniana.

O tratamento depois do derrame, acontece de forma diferente de uma pessoa para outra, as necessidades serão diferentes e seu tratamento deve ser planejado, “cada caso é um caso”. É necessário consultar o médico ou outra pessoa que entenda, a fim de receber orientações sobre os procedimentos necessários para se cuidar do paciente. Após a alta do hospital, o tratamento continua e, quanto mais cedo começarem os cuidados corretos ao paciente, mais benefícios ele terá e maior será a possibilidade de melhorar.

O paciente deve ir à consulta no ambulatório do hospital e lá encontrará médicos que cuidarão de cada uma das dificuldades. Esses profissionais darão consultas de acordo com a necessidade: neurologia, fisiatra, fisioterapia, assistência social, fonoaudiologia, psicologia. É a equipe do hospital que cuida do tratamento do paciente, mas é aconselhável que a pessoa que cuida do paciente acompanhe nas consultas e converse com o profissional, pedindo orientação sobre os cuidados que pode desenvolver em casa.

Para evitar complicações deve-se tomar os seguintes cuidados:

- Atenção para os horários dos remédios, pois o paciente pode perder um pouco de memória e esquecer-se da medicação;
- Comparecer sempre às consultas do médico e outras sessões;
- Desde os primeiros dias do derrame, usar posições certas para deitas, sentar

e levantar e evitar posições erradas que não deixem o paciente fazer movimentos, como estender a perna ou dobrar o braço;

- Fazer com disciplina os exercícios e as atividades orientados pelos médicos e fisioterapeuta, para manter os movimentos e a saúde das articulações;
- Evitar a imobilidade (ficar deitado ou sentado). Ficar imóvel facilita as infecções respiratória e urinária, a trombose nas pernas e a osteoporose (perda de massa óssea).

Na rotina da internação clínica, a equipe de saúde inicia o “treinamento” do familiar cuidador para que, após a alta, os cuidados em domicílio contribuam para a melhor qualidade de vida do paciente.

2.3 Uma abordagem do Paciente com AVC no Universo Familiar

Mudanças sociais, econômicas e políticas têm levado a família a uma reorganização na sua estrutura, principalmente no que se refere à alteração de papéis e funções de cada membro, no seu interior e no contexto em que está inserida, bem como no confronto entre a realidade e o modelo familiar idealizado. Uma das características dessa reorganização é o fato de seus membros necessitarem, cada vez mais, de contatos sistemáticos e efetivos em sua rede social, levando a família a potencializar uma perspectiva mais coletiva nas suas relações, rompendo, dessa forma, a fronteira rígida que privatizava a vida de seus integrantes.

Durante o ciclo de vida de uma pessoa há várias fases: nascimento, descoberta do mundo e dos valores da cultura da qual faz parte, adolescência, vida adulta terceira idade e morte, que pode acontecer em qualquer uma das fases anteriores. Em cada fase o indivíduo

apresenta características comportamentais próprias, maneiras de pensar, valores e conceitos compatíveis com o momento que está vivenciando.

Isso tem influência direta nas famílias e nas relações familiares que se estabelecem, pois em cada estágio do ciclo de vida existem papéis distintos a serem desempenhados pelos membros da família, uns em relação aos outros.

Os membros de uma família também são afetados pelas experiências que aparecem no ciclo de vida da família: casamento, nascimento dos filhos, enfermidade, ingresso dos filhos escola, novo emprego, falta de emprego, adolescência dos filhos, ausência temporária ou definitiva de um dos membros, aposentadoria, morte.

Definir uma família como “normal” é tarefa impossível, porque definir o que é normal seria fechar-se em um único modelo de família.

Para Miotto família é:

... um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inseridos (MIOTTO, 1996)

Casais que representam uma porcentagem sempre crescente da população estão vivendo em união estável sem oficializar a união. Cresce o número de casais que têm filhos sem que haja um casamento, o que podemos chamar de produção independente. As famílias formadas por homossexuais também são uma realidade cada vez mais presente em nossos dias. Isso tudo reforça a inutilidade de centrarmos nossa idéia na busca de uma definição de normalidade familiar.

O que não desvia sua importância, pois a família é o primeiro grupo social do ser

humano. Ela é a maior responsável pela transmissão dos valores, dos padrões sócio culturais de conduta, dos cuidados biológicos e emocionais e pela socialização do indivíduo, representando o elo inicial de articulação do indivíduo com a sociedade.

A família é o espaço privilegiado para a construção dos sujeitos, pois é a menor estrutura social em que os sujeitos vivem, se relacionam. É ela que põe os sujeitos no mundo social. A família é o espaço onde acontecem as mediações entre o público e o privado. Sendo assim, é nela que aparecem muitas expressões particulares como reflexo da realidade social. E, geralmente, é ela que mais sofre ao tentar dar conta das demandas que surgem a partir da realidade social. (SEEMANN, 2002, pp.54)

Para Seemann, (2002), é no momento que entendemos isso que se percebe a importância do Serviço Social trabalhar com família. A família é um lugar de convivência, aprendizado, conflitos e socialização, surgindo em um espaço estratégico para a intervenção profissional. Quando as ações e serviços sociais consideram a família como um grupo de convivência no qual estão considerados os sujeitos e passa a não mais direcionar-se apenas ao indivíduo-problema eles conseguem realmente atingir seus usuários.

O Serviço Social, para realizar sua intervenção e atender famílias, precisa considerar que existe uma diversidade muito grande de arranjos de convivência e, por isso, de arranjos familiares. Não devemos pensar num modelo de família, ou mesmo num padrão de estrutura familiar, pois o processo de estruturação e construção de cada família faz-se de maneira particular e diferenciada. Depende de como é o processo de relacionamento que os membros da família estabelecem entre si e com a sociedade.

A estrutura familiar contém, portanto, os aspectos relacionados à história, à comunicação e à interação dessas famílias. Esses aspectos se encontram articulados nas relações familiares consideradas como estruturantes da família e do indivíduo. (MIOTO, 1998: 24).

Diante de uma internação hospitalar, tanto o paciente quanto seus familiares sofrem modificações no seu cotidiano, decorrentes do processo de separação entre paciente e família. Muitas vezes, para se adaptar às mudanças que esta ausência acarreta, ocorrem alterações de papéis e funções no interior da família, a qual passa por um processo de adaptação à realidade hospitalar, com expectativas relacionadas ao diagnóstico, prognóstico e tratamento que se intensificam com as internações prolongadas e a ociosidade advinda dessa situação.

O Indivíduo com AVC percebe que não tem mais controle sobre sua forma verbal, movimentos do corpo, notando ser uma pessoa diferente daquela que era antes, por isso, muitas das vezes, sente-se incompreendido. Para a família, geralmente, sua presença torna-se um incômodo, pois não sabe lidar com esse indivíduo.

Conviver com uma doença crônica como o AVC cuja instalação determina mudanças físicas, sociais e psicológicas torna-se uma realidade que precisa ser enfrentada pelo indivíduo (paciente) com situações crônicas, como também pelos seus familiares.

O Paciente com AVC apresenta graus variáveis de limitações físicas, funcionais e emocionais, que são decorrentes das alterações nos processos de alimentação e eliminação, e da paralisia de um lado do corpo, incapacitando-o para autocuidado. Somam-se ainda a possibilidade de ter dificuldade visuais, auditivas, impossibilidade de comunicação pela linguagem, processo este muito importante para a reintegração sócio-familiar. Esse quadro retrata os vários e sérios desafios a que se sujeita involuntariamente o paciente com AVC, cujas seqüelas exigem um tratamento prolongado e deslocado até o seu domicílio, e por esse motivo, se for assumido pela família, facilita-lhe o próprio processo de reabilitação, permitindo-lhe o convívio como “pessoa” no contexto do seu grupo primário - família, amigos, parentes - e da sociedade.

Para enfrentar esses desafios e superar esses efeitos, o indivíduo deve contar com o suporte da família, amigos, grupos e profissionais de saúde. Os cuidados considerados mais importantes pelos pacientes e familiares com doença graves são: apoio, atenção e compreensão, também a facilitação da interação do paciente com a família e amigos, considerado como fatores que promovem segurança e a superação do medo causado pela hospitalização.

Como vimos, o comportamento da família influencia no paciente com AVC, até mesmo na sua recuperação. POSTER (1986), afirma que os pacientes sem o apoio familiar tendem à deterioração física e emocional e não tiram muito proveito da reeducação. Por tudo isso percebeu-se que a família ocupa um lugar muito importante no processo de reintegração do paciente com AVC.

Nem sempre, porém, é possível intervir em determinadas dinâmicas familiares, pois o grau de flexibilidade e abertura para mudanças vai depender de cada família. À medida que o profissional de Serviço Social conhece mais a fundo o paciente e a família, vai percebendo qual forma de atendimento deve ser prestado.

Dentre as várias doenças que uma pessoa pode sofrer durante a vida, o AVC é uma das que diretamente repercute sobre a família. Como ela interrompe a comunicação e os movimentos bruscamente, sem aviso prévio, e freqüentemente de modo indeterminado, todo sistema de interações familiares é modificado. A perda desses movimentos e da comunicação afeta todos os aspectos da vida dos AVCs e de suas famílias, porque não é apenas o paciente com AVC que sofre com o seu atual estado, mas também todos os que o cercam, família, amigos, etc.

2.4 Um Estudo de Caso

O Paciente J.D.R, 77 anos, procedente de Florianópolis, casa própria. É aposentado, recebendo um salário mínimo por mês, casado e tem três filhos. Chegou na emergência do HU sendo trazido pela ambulância do Corpo de Bombeiros e acompanhado por um de seus filhos. Foi avaliado pela equipe médica e internado na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, sendo posteriormente transferido para a Clínica Médica II, onde passou a ser atendido pelo serviço Social.

Seu diagnóstico é AVC Hemorrágico. No momento da entrevista realizada pelo Serviço Social, a esposa do paciente estava presente, pois o paciente encontrava-se com fragilidade física e dificuldades de comunicação. Desta forma, a entrevista foi realizada com sua esposa.

Durante toda a entrevista, a senhora M.D.R., esposa do paciente internado, demonstrava estar angustiada pela situação na qual seu esposo encontrava-se. Por ser uma pessoa idosa e com problemas de pressão, apresentava-se bastante alterada em seu estado emocional. A senhora M.D.R nos relatou que atualmente tem apenas um filho solteiro, que trabalha período integral e retorna para casa somente após as 20:00hs, morando com o casal. Os demais filhos não residem perto da casa dos pais. Em função disto, a senhora M.D.R. estava apreensiva com o pós-alta do marido.

Quando perguntamos sobre as condições de moradia da família, a entrevistada afirmou: *“minha casa é uma casa muito ruizinha, úmida, não tem condições de meu marido ficar lá, eu queria uma cama de solteiro para assim colocar ele, porque a que eu tenho é muito velha; quando tem maré cheia, chega água até no meu portão; não vou dar conta de atender ele, trocar a sua fralda, meu Deus não sei o que vou fazer e o que vai ser de mim”*.

Pelo relato percebemos que a entrevistada estava muito abalada e preocupada, sentindo-se impotente para lidar com a situação.

O Serviço Social orientou que fizesse uma reunião com todos os filhos, para assim estar buscando em família uma solução para a situação. A senhora M.D.R nos falou que isto não adiantaria porque todos também são pobres e não tem condições de ajudar em nada. A senhora M.D.R é a segunda esposa de J.D. R.; eles estão casados há trinta anos. A primeira esposa do paciente morreu de derrame, então desde pequenos seus filhos foram criados por M.D.R., com quem o senhor J.D.R não teve filhos. A entrevistada também declarou que “*o relacionamento de toda a família é muito boa, mesmo o meu marido bebendo, eu não gostava mas a gente não brigava*”.

Após ouvir o relato da esposa do paciente que vinha acompanhando, o Serviço Social orientou que estivesse buscando a ajuda de vizinhos e parentes próximos, já que seus filhos não poderiam estar auxiliando neste momento. Também informamos que iríamos acionar o Posto de Saúde da localidade para a Equipe do PSF – Programa Saúde da Família, dar um suporte à família, acompanhando o caso mais de perto. Foi esclarecido que antes de o paciente ganhar a alta hospitalar, a equipe de saúde iria estar ensinado todos os procedimentos que haveria de tomar no seu domicílio para dar continuidade ao tratamento do paciente. Com relação aos procedimentos que o paciente precisasse tomar para a aquisição de qualquer benefício, o Serviço Social estaria encaminhando para a instituição responsável e prestando os devidos esclarecimentos. Mesmo assim, após uma longa conversa, que oportunizou o desabafo da esposa do paciente, esta ausentou-se da sala do Serviço Social demonstrando ainda muita preocupação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordarmos a relação paciente/instituição de saúde em um ambiente hospitalar, devemos considerar alguns aspectos importantes, entre eles destacamos a necessidade de o profissional de Serviço Social construir sua prática sabendo identificar uma situação problema e qualificando o usuário e sua família no seu contexto de vida para lidar com esta situação.

No contexto da prática de estágio, analisamos o cotidiano do usuário/família, no período de sua internação, a partir do entendimento que a doença não pode ser vista como um ponto isolado, mas como produto de um conjunto de condições em que vivem os pacientes.

Nesta visão o usuário da instituição de saúde e do Serviço Social e sua família não podem estar dissociados, assim como, na nossa intervenção profissional temos que estar capacitados para entender que o paciente, a família, o profissional e a instituição são atores participativos do processo de recuperação da saúde do paciente.

Diante deste quadro, consideramos que o Serviço Social na instituição tem entre suas competências a prestação de serviços assistenciais, e a escuta qualificada, amenizando anseios e angústias do paciente internado e seus familiares. Contribuindo significativamente para a reinserção social do paciente após a alta, dessa forma, destacamos a importância do Serviço Social na área da saúde.

O atendimento das famílias pelo Serviço Social na área de internação hospitalar, em geral, se desenvolve através de intervenções curativas. Sendo que a partir daí o profissional de Serviço Social caracteriza as solicitações de atendimento feitas tanto pelo

usuário/família, ou até mesmo pelos demais profissionais, como demanda apresentada. Sendo assim, pode-se estar estudando as demandas e problemas que englobam as situações sociais apresentadas pelas famílias, enquanto algum membro está internado e requer uma intervenção profissional.

As demandas apresentadas muitas vezes fazem parte do cotidiano familiar, entretanto muitas vezes não se considera o agravamento das relações familiares em função da doença de algum de seus membros. Por outro lado, sabe-se que a doença revela para a família um momento de crise e por causa dela podem surgir os mais variados problemas no interior do grupo de convivência.

Neste trabalho deu-se maior enfoque ao usuário com problema neurológico (AVC), pois percebe-se a suma importância do Serviço Social junto a esta problemática que o usuário/família sofrem. Cabe ao Serviço Social estar articulando junto com estes uma mudança no nível de qualidade de vida da família durante este período de crise no ciclo familiar. Muitas vezes os usuários não sabem como agir, não conhecem quais são os direitos e deveres que cabem a eles, nem os cuidados que a família deve ter com o paciente após a alta hospitalar.

Nota-se que a influência que a família desempenha na reabilitação do paciente com AVC, não só que diz respeito à fala, mas também no movimento físico e emocional. Assim, a família tem um papel importantíssimo, mas nem sempre é capaz de exercê-lo. Cabe aos profissionais da saúde, entender e contribuir para orientar a dinâmica familiar, visando dessa forma uma melhora na qualidade de vida familiar em geral e sendo assim, uma melhora conseqüente na saúde do indivíduo com AVC.

É notória e significativa a sobrecarga das famílias em situação de vulnerabilidade para lidar com os momentos de crise e supera-los, visto que eles exigem modificações na

estrutura e no cotidiano das relações intra-familiares. Neste sentido, o assistente social é o profissional qualificado para atuar tanto junto às famílias, no sentido de fortalece-las para cuidar de seus membros, quanto junto aos demais profissionais da instituição que também atuarão junto a estas famílias, sensibilizando-os para que as famílias, além de cuidadoras, também sejam cuidadas.

Para tanto, é preciso que o assistente social desenvolva como postura profissional a capacidade crítica e reflexiva para compreender a problemática e as pessoas com as quais lida, exigindo-se assim habilidades para comunicação e expressão corporal e escrita, articulação política para proceder encaminhamentos técnico-operacionais, sensibilidade no trato com pessoas, conhecimento teórico, capacidade para mobilização e organização. Deste modo, a atuação dos assistentes sociais, também na área da saúde, está comprometida com valores que dignificam e respeitam as pessoas em suas diferenças e potencialidades, seguindo seu projeto ético-político e profissional, referendado pelo Código de Ética profissional.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Carla Cristina Lima de, DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira, ROMEIRO, Elizabeth de Andrade. Grupo de Anticoncepção. In: **Práticas de educação em saúde**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1992, p. 47-68.

ALMEIDA, Wilson Castelo de. **Formas do encontro: psicoterapia aberta**. 2. ed., São Paulo: Ágora, 1988.

CALDAS JUNIOR, Antonio L. **“Crise nos Hospitais Universitários: Estratégia de Privatização. Universidade e Sociedade”**, v.9, n.20. Brasília: ANDES, set/dez. 1999.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **“O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistente Social”**, Serviço Social e Sociedade n° 62, São Paulo, Cortes, marco de 2000.

FUKUJIMA, Marcia Maiumi, **“Fase aguda do acidente vascular”**, Artigo Disponível no site, www.amb.org.br/projeto_diretrizes/100_diretrizes/HIPERTE1.PDF.

IAMAMOTO, Marilda V., **“O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional”**, - 5º Edição – São Paulo, Editora Cortez, 2001.

MACHADO, Heloisa Beatriz, **“Enfrentando a Condição Crônica de Saúde Após um Acidente Vascular Cerebral”**, Dissertação de Mestrado em Ciência da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

Site acessado no dia 10/11/2003, www.epub.org.br/cm/n14/doencas/avc.html - 14k, “AVC e Neuroplasticidade”.

“AVC - Acidente Vascular Cerebral”, disponível no site, http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=44

MAGAJEWSKI, Flávio R. L., **“Seletividade Estrutural e a Conspiração do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina período 1987-1990”**, Dissertação de Mestrado em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

MASCARANHAS, Carine V.; COSTA, Daniela P.; MARCOS, Emanuelle N. F.; SEEMANN, Grasiela; DETTO Michele P.; DELATORRE, Patricia; ALMEIDA, Sandro Simões; **“A Representação Social do Programa Saúde da Família, Enquanto Novo Modelo de Assistência à Saúde, para uma Comunidade de Biguaçu/SC”**, Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, Agosto de 2003.

MCGOLDRICK, Mônica, CARTER Betty , “**As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar**”, Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

MEDICI, André C. “**Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde**”. In: PIOLA, S.F. e VIANNA, S.M. (org.) *Economia e saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995. p. 23-68.

MINUCHIN, Salvador, “**Famílias Funcionamento & Tratamento**”, Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1990.

MOTA, Ana Elizabete. “**Cultura da crise e seguridade social**”. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos da, SOARES, Nina Rosa Ferreira. **As Políticas de Saúde, os Movimentos Sociais e a construção do Sistema Único de Saúde**. Disponível no endereço www.ufmt.br/revista/arquivo/rev_10/as_políticas_de_s.html. Acesso em fev. de 2002.

NORONHA, José Carvalho de, LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: **Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80**. In GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará / ABRASCO. 1999.

OLIVEIRA, Heloisa Maria José de, “**Assistência Social: do Discurso do Estado à Prática do Serviço Social**”, 2º edição revisada, Editora da UFSC, Florianópolis, 1996.

POSTER, M. **“Teoria Crítica da Família”**, Rio de Janeiro, Editores Zahar, 1979, p.251.

RODRIGUEZ NETO, E. **“SUS, o Ensino Médico e os Hospitais Universitários. Saúde em Debate”**, n. 49-50. dez/95-mar/96.

SEEMANN, Grasiela; **“O Serviço Social Na Área da Saúde Contribuições Para a Reflexão Profissional”**, Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria de, **“A Prática do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas na Área da Saúde”**, Editora Cortez, São Paulo, 2002.

Anexo



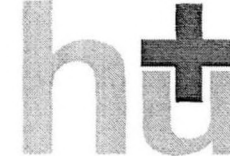
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

SERVIÇO SOCIAL - CLÍNICAS MÉDICAS: I, II E UTI
ASS. SOCIAL: LUIZA MARIA LORENZINI GERBER - Cress 0968 - 12ª Região

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome, idade, estado civil, nº de filhos (idade dos mesmos), profissão/ocupação, procedência, se reside em imóvel próprio? Cedido? Alugado? Com quem mora? Quantas internações anteriores? Já esteve internado no HU? Sabe seu diagnóstico? Qual a reação emocional sobre sua doença? É pessoa nervosa/ansiosa? Como está reagindo em relação à doença? A rotina familiar modificou-se muito com a doença? (fazer breve resumo sobre a história de vida do paciente, explorar rede familiar/comunitária com vistas aos cuidados pós alta, quem pode cuidá-lo, relação que mantêm com Posto de Saúde da comunidade onde mora, Programa Saúde da Família - PSF é disponibilizado na comunidade?) Está vinculado(a) à Previdência Social? Em que condição? Autônomo? Empregado de empresa? Aposentado? Como veio para HU? Com recursos próprios? Com veículo da Prefeitura? Com passagens fornecidas pela Prefeitura? Tem as passagens de retorno em aberto? Tem acompanhante? Orientar sobre as rotinas do HU, do serviço social; auxílio-doença, banco de sangue; esclarecer que HU é um hospital-escola, que paciente será atendido por profissionais e/ou estudantes de várias profissões.

Outras observações à critério do(a) entrevistador(a)
Anotar telefones de contato



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO SOCIAL**

O HU é uma instituição que tem como objetivos, entre outros, o ensino, pesquisa, atendimento médico-cirúrgico, serviço de emergência, internação e ambulatório, a todas as pessoas garantindo acesso universal aos serviços de saúde.

O Serviço Social do HU, entende que a saúde é resultado do conjunto de condições em que vivem as pessoas, implicando em moradia, alimentação, transporte, lazer, etc, e que a assistência à saúde é um processo de construção da cidadania.

Para sua atuação, segue as diretrizes políticas da instituição (assistência, ensino, pesquisa e extensão), buscando conhecer a realidade sócio-econômico-cultural das pessoas que são atendidas no HU, refletindo com as mesmas sua situação de saúde relacionada às condições de vida, para transformação do seu cotidiano.



SERVIÇO SOCIAL

Plantão - (48) 331-9126
331-9127

Pediatria - 331-9094

Maternidade - 331-9095 r. 224

**O QUE VOCÊ PRECISA
SABER SOBRE
SUA INTERNAÇÃO**

Art. 196 da Constituição Federal de 05/10/1988.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida 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”