

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

**SIDONIA ZAPELINI KAZLOWSKI**

**COMO A FAMÍLIA SE ORGANIZA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DA  
SAÚDE: O PAPEL DOS ACOMPANHANTES**

**FLORIANÓPOLIS**

**2008/1**

**SIDONIA ZAPELINI KAZLOWSKI**

**COMO A FAMÍLIA SE ORGANIZA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DA  
SAÚDE: O PAPEL DOS ACOMPANHANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. MSc. Simone Lolatto

**FLORIANÓPOLIS**

**2008/1**

**SIDONIA ZAPELINI KAZLOWSKI**

**COMO A FAMÍLIA SE ORGANIZA NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DA  
SAÚDE: O PAPEL DOS ACOMPANHANTES**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi considerado adequado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina aprovado pela seguinte banca examinadora:

---

Profa. MSc. Simone Lolatto  
Orientadora – Presidente da Banca

---

Profa. MSc. Quéli Flach Anschau  
1ª Examinadora

---

Enfermeira Magali Schutz Correa  
2ª Examinadora

Florianópolis, agosto de 2008.

À minha família que, como não podia  
deixar de ser, é meu suporte emocional,  
financeiro e social.

Amo vocês, Neiva, Darci e Elaine.

## AGRADECIMENTOS

“Tantas vezes pensamos ter chegado. Tantas vezes é preciso ir além.”  
Fernando Pessoa

Em mais uma etapa da minha vida que chega ao fim, resta-me agradecer às pessoas que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha família que fez tanto por mim e que amo tanto: Neiva, mãe e exemplo de força e coragem; Darci, pai que esteve sempre presente e Elaine, amiga que Deus pôs no mundo como minha irmã.

À minha “família” em Floripa: Melissa, Rafaela e Julianna, que me deram muita força e são grandes amigas, com as quais tive a sorte de morar junto. À Thaiz, que além da força e da amizade, compartilhou comigo seus conhecimentos e suas experiências como Assistente Social. E aos meninos de Arroio Trinta, a vida em Floripa não teria graça sem vocês!

Ao Paulo, que participou de toda a minha caminhada até aqui. Sem sua presença me apoiando em todos os momentos eu não teria conseguido. Muito Obrigada.

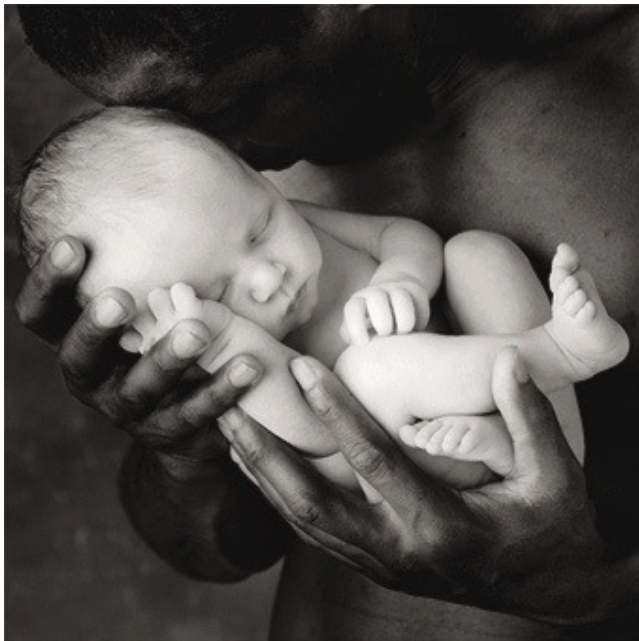
Agradecimentos especiais à minha supervisora de campo, Assistente Social Tayana, que fez muito mais por mim do que obrigações de supervisão previam, foi um exemplo de profissional. E às demais Assistentes Sociais do HU, só a oportunidade de observar seu trabalho já proporcionou grande aprendizado. Aos bolsistas e estagiárias, obrigada por tudo.

À equipe da Clínica Cirúrgica: enfermeiros, técnicos, profissionais, alunos. Trabalhadores que se dispõem a compartilhar os conhecimentos que possuem, amigos que aprendi a admirar. Em especial à enfermeira Magali, que, além do aprendizado que me proporcionou durante a convivência no período de estágio, também aceitou participar da Banca examinadora deste trabalho.

À minha orientadora Professora MSc. Simone Lolatto, pela dedicação, paciência e compreensão demonstradas durante a elaboração deste trabalho. E à Professora MSc. Queli, por aceitar dividir seus conhecimentos conosco compondo a banca.

Aos amigos que torceram por mim, mesmo de longe, muito obrigada. E aos amigos que conheci durante o caminho, sou grata pela trajetória que construímos juntos.

E à força maior que me move: Deus.



“Não existe caminho para a  
paz;  
a paz é o caminho.”

(Mahatma Gandhi)

KAZLOWSKI, Sidonia Zapelini. **Como a família se organiza no processo de recuperação da saúde: o papel dos acompanhantes**. 2008. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Curso de Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

## RESUMO

O presente trabalho discorre sobre o papel da pessoa cuidadora no processo de recuperação da saúde de um membro da família e, dessa forma, como a família se organiza nas situações de internação. Para tal, num primeiro momento faz-se um resgate histórico da saúde pública no Brasil, a fim de entender como os serviços são apresentados hoje, através do Sistema Único de Saúde e como ocorre a inserção do Assistente Social nesta área, considerando que a profissão desde seu surgimento atua em ambientes de recuperação da saúde, porém somente em 1997 foi legalmente considerada profissão pertencente à esta área. Num segundo momento discute-se família, como historicamente ela aparece no cenário social, suas formas de organização na contemporaneidade e, inseridos neste contexto, como a família reage às situações de doença e como os cuidadores têm papel importante na recuperação da saúde. A partir disso, apresenta-se o estágio e a pesquisa realizada com os acompanhantes de paciente internados a fim de entender as dinâmicas familiares. As famílias apresentam dificuldades em se organizar para que um dos membros possa acompanhar o familiar internado. A maioria dos usuários dos serviços de saúde pública são provenientes de classes populares e fatores como: a baixa renda, a distância da residência até o hospital, doença dos outros membros da família e a escassez de recursos como creches, casas de repouso, etc, ocasionam situações de estresse que não contribuem para a recuperação da saúde. Os usuários avaliam positivamente os serviços oferecidos pelo HU e aprovam as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional. Neste contexto, o Assistente Social é o profissional que realiza intervenção direta com as famílias e acaba sendo um mediador entre a equipe e os usuários.

**Palavras-chave:** Família. Cuidador. Saúde pública. Serviço Social.



## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 01:** Distribuição dos usuários por idade e por localidade de proveniência  
..... 61

**Gráfico 02:** Distribuição dos cuidadores por sexo e grau de parentesco com o adoecido  
..... 62

**Gráfico 03:** Idades dos acompanhantes cuidadores  
..... 63

## LISTA DE SIGLAS

AAHU	Associação de Voluntários do HU
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEME	Central de Medicamentos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
DAA	Diretoria de Apoio Assistencial
DVAA	Divisão de Apoio Assistencial
HU	Hospital Universitário
IAP's	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
IAPETEL	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Estivadores e
Transportadores	de Cargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNH	Política Nacional de Humanização

SAI/SUS	Sistema de Internação Ambulatorial/SUS
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Internação Hospitalar/SUS
SINPAS	Sistema Nacional da Previdência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UIC II	Unidade de Internação Clínica Cirúrgica II
UTD	Unidade Tratamento Dialítico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1 SAÚDE PÚBLICA E SERVIÇO SOCIAL</b> .....	15
1.1 RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	15
1.2 SUS – CONQUISTA E DESAFIO QUE PERSISTE.....	23
1.3 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	25
<b>2 CONTEXTUALIZANDO FAMÍLIA, SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL</b> .....	31
2.1 NOÇÕES ACERCA DA INSTITUIÇÃO FAMÍLIA.....	32
2.2 FAMÍLIA E DOENÇA .....	41
2.2.1 O importante papel da pessoa que cuida – Cuidador (a).....	44
2.3 SERVIÇO SOCIAL E FAMÍLIA.....	49
<b>3 ACOMPANHANTE: CUIDANDO DO ADOECIDO E DA FAMÍLIA</b> .....	53
3.1 SITUANDO O ESTÁGIO NO HU.....	53
3.1.1 Hospital Universitário - HU.....	54
3.1.2 Serviço Social no HU.....	56
3.1.3 Unidade de Internação Cirúrgica II.....	58
3.1.4 O atendimento às famílias na Unidade de Internação Cirúrgica II do HU.....	58
3.2 A PESQUISA .....	61
3.2.1 Procedimentos metodológicos .....	62
3.2.2 Apresentação e análise das informações coletadas .....	64
3.2.3 Assistente Social e Cuidador/a – Uma parceria na promoção, prevenção e cura.....	75
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	82
<b>APÊNDICES</b> .....	90
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	91
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTUDOS E PESQUISAS .....	96

## INTRODUÇÃO

A inserção do Serviço Social na área da saúde acontece de longa data e, inegavelmente, traz outra visão para a promoção, a preservação e a recuperação da saúde. Este profissional tem uma formação ampla, que proporciona uma visão de totalidade e, compreendendo a realidade social em que os sujeitos usuários estão inseridos, entende-se que a melhor maneira de atuar efetivamente sobre as demandas na área da saúde é através de uma perspectiva interdisciplinar.

Neste sentido, a partir da experiência de Estágio no Hospital Universitário, o contato com a área da saúde trouxe questionamentos sobre como aperfeiçoar o atendimento à população, diante de um setor sobrecarregado como é hoje a saúde pública.

Como Miotto (1997) afirma, os problemas trazidos diariamente pelas pessoas às instituições estão intrinsecamente relacionados à vida familiar no contexto social brasileiro. Família é, pela condição de instituição base da sociedade, alvo das ações públicas. E, entendendo dessa forma a realidade das políticas públicas, comunga-se com a defesa da necessidade de discutir a instituição família, pois as diferentes formas de olhar, compreender e intervir nessa esfera atingem diretamente os indivíduos.

Desta forma, comunga-se com a ideia de Miotto (1997, p.120) quando a autora afirma que “não é possível falar *família*, mas sim *famílias*”, pela diversidade de arranjos familiares que existem hoje na sociedade, a intervenção profissional que envolve esta instituição precisa estar calcada em suporte teórico consistente para entendê-la e atender as suas demandas.

“Família pode ser definida como 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” (MIOTTO, 1997, p.120). Essa instituição se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

Desta forma, na busca de uma formação profissional de qualidade e também com a pretensão de fomentar o debate que possibilitará aprimorar os serviços oferecidos, construiu-se o presente trabalho, que busca entender como as famílias dos

usuários hospitalizados na Unidade de Internação Cirúrgica II do Hospital Universitário se organizam diante do impacto da doença e da internação.

Entender a forma como a família se organiza reagindo à situação social existente possibilitará a reflexão sobre as ações despendidas à elas, através dos seus membros.

Diante do desafio de fazer essa discussão em um Trabalho de Conclusão de Curso, julgou-se necessário fazer um breve resgate histórico da saúde pública no Brasil, bem como, à título de elucidação, fazer uma descrição da forma de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e discorrer sobre a atividade desenvolvida pelo Serviço Social na área da saúde. Assim está estruturada a primeira seção do trabalho.

A segunda seção apresenta a instituição família: como é vista nos diferentes períodos históricos, as configurações que adota na sociedade atual, a relação da família com a doença e o papel do cuidador (a). Esta seção traz também da relação profissional do Assistente Social com a instituição.

Na terceira seção, portanto, apresenta-se o estágio realizado no Setor de Serviço Social do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Neste momento apresentar-se-á a instituição, o Setor de Serviço Social, sua localização dentro da organização do hospital, a equipe que o compõe e como desenvolve suas atividades.

E, por fim, nesta mesma seção, discorre-se sobre a pesquisa desenvolvida durante o período de Estágio Curricular Obrigatório II, no primeiro semestre de 2008: seus procedimentos metodológicos e a experiência da sua realização. Expõem-se seus resultados e as análises e conclusões decorrentes. E para encerrar o trabalho, apresentam-se as considerações finais.

## **1 SAÚDE PÚBLICA E SERVIÇO SOCIAL**

Anterior à análise sobre as famílias e seu processo de organização numa situação de adoecimento, faz-se necessário discorrer sobre a saúde pública brasileira.

Neste sentido, no primeiro item desta seção será apresentado um resgate histórico de como foi construída a saúde pública no país, desde os tempos de colônia até a Constituição de 1988, com a promulgação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Continuando, será abordado o SUS, seus princípios e diretrizes, cujo principal objetivo consiste em levar atendimento público de saúde a toda a população brasileira.

E, por fim, esta seção abordará a atuação do Assistente Social na área da saúde. Para pensar sobre a atuação do profissional de Serviço Social na política pública de saúde é importante entender o projeto ético-político da categoria e como se deu sua inserção nesta área.

### **1.1 RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Para que se compreenda o real significado e alcance das políticas de saúde que vêm sendo implementadas, diante da organização da saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil hoje, é salutar que se resgate a trajetória das políticas de saúde e da constituição desta realidade brasileira, sempre buscando vinculá-las à constituição do nosso sistema de proteção social. A compreensão sobre o sentido do SUS na qualidade de política pública requer algumas informações a respeito da forma como, historicamente, os serviços de saúde foram organizados no Brasil.

A concepção de política vigente nos diferentes momentos do Estado brasileiro e a relação Estado/sociedade civil em cada um desses momentos resultou na emergência da proposta SUS. Assim, torna-se impossível explicar as políticas de saúde restringindo-se apenas às instâncias que, por definição, são responsáveis por essa política pública: Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Segundo autores como Westphal & Almeida (2001), Moraes (1995) e Poligano (2006), a saúde no Brasil praticamente inexistiu nos tempos de colônia. O modelo

exploratório não se preocupava com isso. A atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos, desenvolviam as suas habilidades na arte de curar.

Com a chegada da família real portuguesa em 1808, as necessidades da corte forçaram a criação de uma estrutura sanitária mínima. Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Essas foram as únicas medidas governamentais com relação à saúde até a República.

A República Velha constituía-se, até início dos anos 1920, como um regime atrelado e fiel aos princípios do liberalismo econômico, tendo como consequência uma postura não intervencionista nas áreas que hoje são reconhecidas como políticas sociais e questões trabalhistas.

O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil do século XIX até meados do século XX se limitou a obedecer a critérios pragmáticos definidos a partir de interesses econômicos e políticos de grupos dominantes no cenário nacional. Segundo Secco (2006, p.12), “até o fim do século XIX o Estado brasileiro não tinha uma forma de atuação sistemática sobre a saúde de seus habitantes, apenas esporadicamente atuava de forma pontual em situações de epidemias”.

Os primeiros 20 anos do século XX foram marcados pela presença da movimentação operário-sindical, aliado à experiência política do trabalhador imigrante, oriundo de outro contexto social, sendo este aspecto elemento significativo para que de forma tão precoce emergisse uma massa trabalhadora urbana no Brasil, com expressão na cena política (MORAES, 1995).

Encontra-se então neste período, paralela aos efeitos da Primeira Guerra Mundial, um contexto político social marcado de um lado por ação estatal repressiva, e por outro lado, de um impressionante número de diferentes movimentos e instâncias reivindicatórias, que chegaram a ser greves gerais como em São Paulo em 1917 e 1919.

Neste período, até os anos de 1930, a atuação do Estado brasileiro na área da saúde foi voltada principalmente para amparar o modelo de desenvolvimento econômico agroexportador. As práticas sanitárias visavam o controle de doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e a dinâmica de produção à expansão das atividades econômicas capitalistas.



Praticou-se como modelo hegemônico de saúde no Brasil o Sanitarismo Campanhista<sup>1</sup>, que visava o combate das doenças por meio de estruturas verticalizadas com a intervenção e a execução de suas atividades nas comunidades e nas grandes cidades. A ação governamental no campo da saúde pública apresentava caráter coletivo como a imunização, controle de epidemias e saneamento, com uma vinculação clara com a conjuntura econômica vigente. Nesse contexto destacaram-se importantes sanitaristas: Oswaldo Cruz, Rodrigues Alves, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Saturino de Brito e Guilherme Álvaro.

Nestas primeiras décadas do século XX, aos que necessitavam de assistência médica individual eram destinados os serviços privados, de profissionais liberais, ou restavam as Santas Casas de Misericórdia, voltada ao atendimento de pobres e indigentes.

O sanitarismo campanhista também deslocou ações visando o combate das endemias rurais. O modelo sanitarista de atuação foi utilizado pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) no combate à diversas endemias: chagas, esquistossomose, etc., sendo posteriormente incorporada à Fundação Nacional de Saúde.

Em 1923 as ações voltadas à saúde pública foram vinculadas ao Ministério da Justiça, incluindo-se como responsabilidade do Estado o controle das endemias e epidemias, a fiscalização de alimentos, o controle dos portos e das fronteiras. Foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil e foram, através desta lei, instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), que eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários (1% da renda) e trabalhadores (3%). As CAP's tinham a assistência médica como atribuição central.

Muitas transformações caracterizaram o processo histórico-econômico e político que marcaram a conjuntura brasileira dos anos 1930. O aprofundamento do modo de produção capitalista trouxe a realidade dos acidentes de trabalho, doenças e subnutrição. Nesse período o país era “assolado por epidemias causadas por doenças infecto contagiosas, como malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera, tuberculose, hanseníase, parasitoses, etc.” (WESTPHAL & ALMEIDA, 2001, p.21).

---

<sup>1</sup> Modelo de atenção em saúde orientada predominantemente para o controle de endemias (doença particular a um povo ou a uma região por motivo de causa local) e generalizações de medidas de imunização (WESTPHAL & ALMEIDA, 2001).

As mudanças societárias advindas com o processo de industrialização acabaram por “reduzir as ações campanhistas, fazendo crescer a assistência médica via Previdência Social, o que facilitou o surgimento do modelo Médico-Assistencial Privatista” (CORREIA, 2007, p.26). Em 1930 a saúde passou a ser vinculada ao Ministério da Educação através do Departamento Nacional de Saúde Pública. Neste período “surgiram inúmeros sanatórios para tratamentos de doenças, como a tuberculose e a hanseníase, associando-se aos manicômios públicos já existentes, caracterizando a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica” (WESTPHAL & ALMEIDA, 2001, p.23).

No período Populista (1930-1950) consolidou-se a medicina previdenciária, destinada aos grupos organizados de trabalhadores urbanos. O Estado Novo de Vargas inaugura na história brasileira uma tendência acentuada no sentido de consolidar o poder nacional centralizado. E foi a partir do Estado Novo que surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), organizados por categorias profissionais, criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Assim, em 1933 foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI), e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL).

Nos IAP's a arrecadação dos recursos passou a ser tripartite: trabalhadores, empresa e Estado. A sua finalidade era de conceder benefícios ordinários, aposentadorias e pensões, e a assistência médica assumiu caráter secundário. Os IAP's foram grandes aliados do governo, financiando o desenvolvimento da indústria de base e com o tempo tornaram-se estruturas poderosas com forte poder econômico e político.

No contexto trabalhista, segundo Moraes (1995), no período do Estado Novo Getulista a Questão Social<sup>2</sup> foi tratada através de regulamentos administrativos e periódicos, e deixou de ser um “caso de polícia” para ser reconhecida legitimamente. Houve uma crescente intervenção dos poderes públicos nas questões trabalhistas.

---

<sup>2</sup> Julga-se importante conceituar que Moraes, como nós, comunga a interpretação da expressão “Questão Social” descrita pela autora Marilda Yamamoto. Segundo ela, a Questão Social é o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista. O Assistente Social trabalha nas suas mais variadas expressões quotidianas e, sendo desigualdades, também envolve sujeitos que resistem e se opõem à elas. Portanto, o Assistente Social trabalha nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, terreno movido por interesses sociais distintos que tecem a vida em sociedade (IAMAMOTO, 2005, p.27).

O que seguiu foi 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” (MARTINS, 2004, p.15). No chamado Período do Desenvolvimento (1946-1964) as ações públicas de saúde se sobrepuseram às ações da assistência privada, apesar de estas também apresentarem um crescimento considerável.

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) define um novo conceito de saúde, que passa a ser entendida como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de afecção ou doença” (MARTINS, 2004, p.14).

A década de 1950 vislumbra uma tendência que expressava a defesa de um modelo de proteção social com características de universalidade e equidade social que jamais se realizou concretamente através das políticas sociais no Brasil. Essas novas necessidades sociais abriram espaço para a discussão em torno do bem-estar, e vai influenciar a nova visão sobre saúde.

Em 1960 foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social, que garantiu a uniformização dos benefícios e apenas em 1967, com o caráter autoritário do Regime Militar, os IAP's foram concentrados em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)<sup>3</sup>. Durante o regime militar, o Brasil iniciou a efetiva construção de um sistema de políticas sociais, dando continuidade ao processo iniciado nos anos de 1930, seguindo uma estratégia conservadora do executivo federal. Porém este sistema apresentava problemas e distorções que afetaram a sua capacidade de melhorar as condições de vida da população e a equidade social, impedindo a promoção de um desenvolvimento social que fosse capaz de acompanhar o crescimento econômico.

Como explicitam Westphal & Almeida (2001, p.25),

Em 1977 criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), base jurídica do sistema de saúde da década de 1970, que, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), buscava reorganizar, racionalizar e centralizar administrativamente a previdência. Foram criados, entre outros institutos e órgãos:

- Dataprev – empresa de processamento de dados com importante papel no controle e avaliação dos serviços.
- Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
- Ceme – Central de Medicamentos.

---

<sup>3</sup>

Criado através do Decreto Lei n° 72 de 21/11/1966, com funcionamento em 10/01/1967.

A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como aumento da favelização e da mortalidade infantil.

Segundo Polignano (2006, p.17), o modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas, devido aos aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente; à diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas; à incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de “marginalizados”, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema; aos desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal; e ao não repasse pela união de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união). Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo).

Foi então, nos anos de 1970 que a Saúde Pública brasileira passou por mudanças radicais e se transformou em Saúde Coletiva. “A inovação no nome indicara que depois de um longo processo de reelaboração teórica e prática, um novo paradigma fora construído, uma nova maneira de compreender e agir sobre o processo saúde e doença” (ASSUMPÇÃO, 2007, p.20).

Saúde Coletiva é uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referido à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. Propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população.

Ainda conforme Assumpção (2007), a Saúde Coletiva deriva do modelo preventista, considerado um dos principais fundamentos teóricos do Movimento Sanitário, ator coletivo que se torna o principal responsável pela Reforma Sanitária brasileira.

A década de 1970 ainda sustentava-se pelo modelo médico assistencial-privatista, mas foi neste período que surgiram, como afirmam Westphal e Almeida

(2001), os alicerces políticos para o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária. Com esse acúmulo,

em 1983 foi criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (POLIGNANO, 2006, p.20).

A década de 1980 marcou o país com o movimento de transição democrática e a área da saúde foi amplamente discutida no cenário nacional. O movimento das Diretas Já (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde, onde prossegue a tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial. Nesta área destaca-se a presença do Movimento Sanitarista, formado por médicos, autoridades locais e especialistas do setor saúde de posição esquerdista, que foi considerado o mais importante movimento na comunidade da política de saúde, dando início a um movimento de reforma da política de saúde.

Os sanitaristas combatiam a questão da centralização das decisões da política de atenção à saúde que favorecia aos interesses do setor privado lucrativo de saúde. Com base nisso, defendiam a implementação de um sistema de saúde voltado à universalização da cobertura do sistema público de atenção à saúde, à expansão dos programas de prevenção e de atenção primária de saúde, à gradativa estatização da provisão da atenção à saúde, ao fortalecimento de alguma forma de controle dos provedores privados contratados e à descentralização.

Esse quadro político resulta na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que causou grande mobilização nacional e que lançou as bases do SUS.

Mendes (1994, p.42) assinala que a Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante “de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo para dar conta da saúde dos cidadãos”, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, “constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente [...]”.

Para Assumpção (2007, p.22),

mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária é um projeto civilizatório, isto é, tem por objetivo produzir mudanças dos valores predominantes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas foi, certamente, o maior evento de saúde já realizado no Brasil. Define o eixo Saúde como Direito, onde:

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (NOGUEIRA apud MARTINS, 2004, p.26).

Desta forma, muito mais que ausência de doença, a saúde é perpassada pelas condições sociais, econômicas e culturais oferecidas aos cidadãos. Entendendo saúde desta maneira, a política pública de saúde a ser adotada pelo país, necessariamente, precisava ser formulada de forma consciente.

Os ideais da Reforma Sanitária, que foram discutidos e sistematizados na VIII Conferência Nacional de Saúde, pode-se afirmar, culminaram em três eixos principais: o conceito abrangente de saúde, a saúde como direito de todos e dever do estado, e a instituição de um sistema único de saúde. Essas propostas foram levadas à discussão na Assembléia Constituinte, em 1987, que consolidou-se na promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988.

A promulgação da Constituição de outubro de 1988 representou, pelo menos no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sócio-políticas que se processavam e exigiam respostas públicas à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social (RAICHELIS, 1998, p.20).

A saúde nesse cenário é vista como um direito social adquirido mediante um longo processo de lutas e reivindicações, destacando-se o importante papel dos movimentos sociais.

Resumidamente, a política pública de saúde no país é fruto de intensa luta reivindicatória de movimentos sociais fortemente organizados, como o Movimento de Reforma Sanitária e, embora os direitos dos brasileiros contidos em lei abarquem um visão abrangente de saúde, a sua implementação na prática ainda é uma construção permanente.

## 1.2 SUS – CONQUISTA E DESAFIO QUE PERSISTE

A Constituição de 1988 contemplou para a área da saúde um grande avanço, que se deu pela incorporação de novos conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde no país. A Constituição determina a saúde fazendo parte do conceito de seguridade social<sup>4</sup> se desvinculando do até então adotado conceito de seguro social<sup>5</sup>.

A seção sobre saúde na Constituição de 1988, baseada nas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, estabeleceu três aspectos principais: a incorporação de um conceito mais abrangente de saúde, que considera como fatores determinantes e condicionantes o meio físico, o meio socioeconômico e cultural e a oportunidade de acesso aos serviços de saúde; legitimou o direito às ações de saúde para todos os cidadãos e explicitou que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Estado, assim, para ter direito de acesso aos serviços e ações da saúde é necessário apenas ser cidadão e estabeleceu um Sistema Único de Saúde, com direção única em cada esfera do governo e sob o controle da sociedade que estabelece os serviços privados como complementares e subordinados ao Sistema, devidamente conveniados e contratados (WESTPHAL & ALMEIDA, 2001).

Os artigos 196 a 200 da chamada Constituição Cidadã<sup>6</sup> exprimem:

---

<sup>4</sup> Seguridade Social designa um conjunto de ações governamentais no âmbito da proteção social implementadas através de políticas sociais amplas. A idéia de Seguridade expressa a garantia de segurança à todas as pessoas em situações adversas. O risco que qualquer um está sujeito e não conseguir prover seu próprio sustento deixa de ser um problema meramente individual e passa a constituir uma responsabilidade pública (TEIXEIRA, 2001).

<sup>5</sup> Seguro Social tem como característica central a cobertura da proteção restrita a grupos ocupacionais, com base no contrato realizado (TEIXEIRA, 2001).

<sup>6</sup> Para diversos autores, entre eles Borba (1998), a concretização do SUS vai se dar no “embate entre o Movimento Sanitário *versus* Complexo médico-industrial, ou seja, na correlação de forças do

- O conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais.
- A saúde como direito social e universal, derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário.
- A caracterização dos serviços e ações de saúde como relevância pública.
- Criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera do governo, atendimento integral e participação da comunidade).
- Integração da saúde na Seguridade Social (WESTPHAL & ALMEIDA, 2001, p.31).

O Sistema Único de Saúde – SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade (BRASIL, 1988, Artigo 198).

Conforme explicita Cajueiro (2004), o artigo 198 ainda determina que a saúde será financiada, de acordo com o artigo 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social. Ou seja, as fontes de financiamento para a saúde estão vinculadas aos recursos da Seguridade Social e dos Tesouros Federal, Estadual e Municipal. Contudo, a Constituição não define uma vinculação de receitas para a saúde. Apenas dispõe, no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que “até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, será destinado ao setor da saúde”. E também não determina um percentual fixo para as transferências intergovernamentais. (CAJUEIRO, 2004, p.25)

O modelo do SUS prevê a descentralização do sistema, conformando uma rede regionalizada e hierarquizada, com comando único em cada esfera de governo – na esfera federal, o Ministério da Saúde (MS), na estadual, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e na municipal a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – sendo que podem ser criadas Comissões Intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

---

modelo historicamente hegemônico (Complexo médico-industrial) com o *contra-hegemônico*, a proposta do Movimento Sanitário” (BORBA, 1998, p.25). Mesmo sendo resultado deste embate, usou-se chamar a Constituição de 1988 como Constituição Cidadã, pelo entendimento de que ela absorve muitas das propostas do movimento contra-hegemônico.



O SUS representa um novo modelo de política de saúde, pelo menos em termos constitucionais, determinando a: participação da população; o acesso universal, gratuito e igualitário a todos os níveis de complexidade (atendimento integral); a equidade na distribuição dos serviços e ações e; a prioridade ao serviço e à ação pública.

O capítulo da saúde na Constituição foi regulamentado através da chamada Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal n. 8.080, em 19 de setembro de 1990. Esta dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, definindo o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento.

Segundo Westphal e Almeida (2001), o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema, que significa um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Os princípios doutrinários do SUS, baseados nos preceitos constitucionais, são a universalidade, a equidade e a integralidade.

### 1.3 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

A prática profissional que os Assistentes Sociais desenvolvem na área da saúde é peça importante para a promoção e atenção à saúde. A abrangência da intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e do então novo conceito de que saúde foi construído no Brasil, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e de trabalho, sedimentou-se a noção de que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação de seus interesses e a prestação de serviços.

A formação do Assistente Social não é específica na área da saúde, tem sua base teórica fundada nas ciências humanas e sociais. Na UFSC, a temática saúde é contemplada em disciplinas do Currículo Obrigatório do curso, especificamente na disciplina DSS 5144, Serviço Social e Seguridade Social: Saúde<sup>7</sup>, e é discutido em

---

<sup>7</sup> Ementa: “SERVIÇO SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL: SAÚDE. O Estado brasileiro e a política de saúde. A discussão da reforma sanitária. O Sistema Único de Saúde: modelo de atenção,

outros momentos da formação profissional, perpassando o conteúdo em outras disciplinas ou em seminários e eventos, oferecendo assim bases gerais sobre histórico, cenário e estratégias, tanto de atores como da área da Saúde Pública no Brasil e sua relação com a macro política e determinações econômicas.

Apesar das instituições da categoria profissional reivindicarem desde o início dos anos 1990, somente em 1997 o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS nº 218 de 6/3/1997, reconheceu o Assistente Social como profissional da saúde, por intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços que envolvam a proteção e/ou recuperação da saúde.

A inserção do Serviço Social na área da saúde aconteceu desde o surgimento da profissão enquanto tal. Para ilustrar um breve resgate histórico do trabalho desta categoria em saúde baseia-se no que foi exposto por Assumpção (2007), em sua dissertação intitulada “A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social”.

Segundo ela, a requisição por Assistentes Sociais na área da saúde foi significativa a partir da formulação da política nacional de saúde nos anos de 1930. Estes ocuparam inicialmente espaços institucionais como hospitais e ambulatórios. Faziam parte da ação profissional neste campo, a racionalidade técnica e os novos conhecimentos do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, influenciados pelos Assistentes Sociais norte-americanos. Gradativamente esta área tornou-se a que mais emprega profissionais de Serviço Social.

A partir de 1945, com o mundo vivendo o fim da Segunda Guerra Mundial, houve uma expansão do Serviço Social no Brasil. Bravo e Matos (2006, apud ASSUMPÇÃO, 2007, p.11), importantes interlocutores no que se refere às pesquisas, estudos e publicações sobre o tema Serviço Social e Saúde, “apontam que na década de 1940 a ação profissional nesta área ampliou-se significativamente”. Os autores atribuem tal expansão a fatores como: “a adoção de um conceito ampliado de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 o qual requisitou a atuação de vários profissionais, inclusive de Assistentes Sociais, por haver-se dado enfoque ao trabalho em equipe multidisciplinar”. O Serviço Social atuava de forma educativa com

---

financiamento, gerenciamento e controle social. A consolidação do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas, gestão e operacionalização. Prestação e administração de serviços sociais na área da saúde. A prática profissional do assistente social na esfera da saúde pública e privada. A particularidade dos segmentos especiais e grupos específicos”. Disponível em <[http://www.servicosocial.ufsc.br/01\\_departamento\\_curriculo.php](http://www.servicosocial.ufsc.br/01_departamento_curriculo.php)> Acesso em 26/07/08. Sem paginação.

intervenção normativa no modo de vida da “clientela” com relação aos hábitos de higiene e saúde.

A Política Nacional de Saúde vigente naquele momento não tinha caráter universal e havia uma incoerência entre a demanda e a oferta dos serviços, gerando seletividade e exclusão nos atendimentos. Para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e benefícios da previdência o Assistente Social é chamado para trabalhar em hospitais, interpondo-se entre a instituição e a população.

Nas décadas de 1950 e 1960 surgem nos Estados Unidos a medicina integral, a medicina preventiva e a medicina comunitária que influenciaram os rumos da saúde no Brasil; porém, não exerceram influência sobre o trabalho dos assistentes sociais, os quais prosseguiram trabalhando em hospitais e ambulatórios, concentrando suas ações no nível curativo e hospitalar prioritariamente. Apesar de centros de saúde terem sido criados em 1920, somente em 1975 é que assistentes sociais foram inseridos na equipe formada por médicos, enfermeiros e visitantes (ASSUMPÇÃO, 2007, p.12).

De fato, a profissão foi introduzida tardiamente em esferas de atuação diferentes do nível hospitalar e curativo. A partir de 1960 uma série de mudanças veio dar novos rumos ao Serviço Social.

Até aquele momento a profissão seguia direcionamentos estabelecidos pelo chamado bloco conservador hegemônico que dominava a produção do conhecimento, as entidades organizativas da profissão e o trabalho profissional. No entanto, a manifestação de assistentes sociais com posicionamentos progressistas, questionadores do Serviço Social conservador começam gradativamente a produzir debates respaldados pelas ciências sociais e humanas. O tema dessas discussões estava pautado no desenvolvimento e nas repercussões do Serviço Social na América Latina que adiante colocaria na roda dos debates o caráter ajustador e assistencial das práticas importadas de outras experiências (ASSUMPÇÃO, 2007, p.12).

Em meados de 1970, período em que o Brasil foi regido pela ditadura militar, surgiu um movimento com o objetivo de repensar a profissão iniciado por Assistentes Sociais, que corre paralelamente com o Movimento Sanitário na área da saúde, e também tinha cunho de mudança e luta por direitos.

O processo de renovação da profissão recebeu influências da conjuntura e tinha por intuito a busca por uma mudança nos rumos societários, todavia, este foi um

movimento totalmente voltado para uma revisão interna, não havendo articulação com outras questões de extrema importância na sociedade.

Na década de 1980 a profissão viveu um amadurecimento que culminou nas consonâncias posteriormente estabelecidas no plano acadêmico, e no das entidades representativas da categoria, tendo como base as interlocuções com a teoria e metodologia marxistas. Porém, ainda existiam algumas disparidades de correntes ideológicas dentro da profissão e com a finalidade de superá-las o Serviço Social cresceu na busca de fundamentação e consolidação teóricas, e ao mesmo tempo apresentou poucos efeitos na intervenção.

Os anos de 1990 são marcados pela forte entrada do projeto neoliberal no país, com a defesa de um Estado mínimo para as questões do social, a promoção de uma reestruturação do mundo do trabalho, em que a precarização e a drástica redução das conquistas sociais e trabalhistas são propostas em nome de uma adaptação aos novos ditames mundiais.

“Apesar da tensão entre o projeto neoliberal e o projeto da Reforma Sanitária na década de 1990, o Serviço Social continua desarticulado, enquanto categoria, do Movimento Sanitário” (ASSUMPÇÃO, 2007, p.14), apenas reconhece-se no interior da profissão a importância do engajamento nas questões do SUS.

Nos anos 1990 aconteceram muitas publicações com vistas em debater o tema específico de Serviço Social e Saúde. Realizaram-se diversos eventos em âmbito nacional onde não somente a questão saúde esteve presente, mas também uma discussão da Seguridade Social como um todo.

Nessa década, segundo Assumpção (2007, p.14)

instalaram-se no seio das políticas sociais, e neste caso na política de saúde, dois projetos oponentes: o privatista e o da Reforma Sanitária. Ambos tiveram reflexos na atuação dos assistentes sociais, influenciaram suas práticas e o modo de pensá-las teoricamente. O primeiro é radicalmente opositor não somente ao projeto da Reforma Sanitária como ao projeto ético-político do Serviço Social, por requisitar dos profissionais ações como: ‘seleção socioeconômica, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais’.

E o segundo projeto apresenta como demandas para a atuação dos assistentes sociais a busca pela democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, “atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a

realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã” (ASSUMPCÃO, 2007, p.15).

Nota-se a importância do debate sobre o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro para o desenvolvimento da ação profissional, com vistas a construir as bases e condições necessárias para que os Assistentes Sociais rompam com seu papel histórico de complementação das ações de outros profissionais de saúde e enfrentem os desafios do contexto atual, que estão na contramão da reprodução da ordem social capitalista (POLO; PASTOR, 2006).

Existe ainda o desafio de romper com as práticas conservadoras, cabendo ao profissional identificar, planejar e desenvolver ações que interfiram nos determinantes sociais do processo saúde/doença e contribuir para ampliar e facilitar o acesso dos usuários aos seus direitos. Cada vez mais as ações em saúde devem desenvolver-se numa perspectiva interdisciplinar, com o fim de suprir as necessidades da população usuária através da mediação entre seus interesses e a prestação de serviços.

A estrutura dos serviços de atenção à saúde não está centrada apenas sob o enfoque médico, mas nas diferentes intervenções cujas práticas privilegiam a prevenção. A especialização da prática profissional no trabalho coletivo na saúde, evidencia-se, não está na doença, mas no conjunto de variáveis que a determinam.

O profissional de saúde, ao atender o sujeito que chega a uma unidade de saúde, motivado pela demanda, deve ter uma postura investigativa, aproveitar o encontro para atentar para possíveis outras demandas que não as envolvidas naquela situação específica trazida, e assegurar-se que os usuários têm as informações de que necessitam, privilegiando portanto a assistência e a prevenção. É importante compreender que tanto assistência quanto prevenção devem estar aliadas, pois é dever do sistema assegurar a resposta às necessidades e as demandas por ocasiões preventivas e assistenciais.

A formação do Assistente Social é crítica e ampla, pela incidência de fundamentos teórico explicativos de outras áreas do saber, permitindo a possibilidade de consolidação de uma visão de mundo na perspectiva da totalidade. É no confronto entre o direito do usuário e as normas institucionais que normalmente o profissional de Serviço Social deve intervir como um intelectual orgânico, para assegurar o cumprimento deste direito que é expressão mínima de outros grandes embates que o profissional enfrenta no setor de Saúde. Sendo a instituição um espaço contraditório e antagônico na disputa de poderes, o assistente social deve construir mediações que

legitime o exercício profissional ancorado nas competências e atribuições consolidadas no âmbito do projeto ético-político.

## 2 CONTEXTUALIZANDO FAMÍLIA, SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

Nesta seção o tema central será a instituição família. As formas que esta adquiriu ao longo dos tempos, os moldes que assume atualmente, a relação da família com a doença, o adoecimento e finalmente, a atuação do Serviço Social junto às famílias.

Primeiramente, será abordada a trajetória realizada pela instituição família ao longo dos tempos e, apesar de ter adotado várias formas de organização, sempre existiu, desde o período chamado “primitivo”. Considera-se ainda a forma atual de entender família, diante da concepção empregada neste trabalho, utilizando-se principalmente de autores como Mioto (1997, 2000, 2006) e Lima (2006). E a forma de viver família nos dias atuais, seus novos arranjos e novos desafios.

O item 2.2 trata do impacto da saúde e doença na vida das famílias, considerando que a família é, a partir de uma construção sócio-histórica, o suporte social, financeiro e emocional de seus membros. Situações adversas, como a enfermidade, causam momentos de estresse que atingem todos os membros, tanto emocional como fisicamente, com ações que precisam ser destinadas à superação do período de crise e que modificam a rotina da família como um todo. Para tanto, discute-se também o papel do (a) cuidador (a), no item 2.2.1. Neste espaço, será levantada a importância dos familiares no processo de recuperação da saúde e a maneira de entender esse processo, sob a ótica dos diferentes sujeitos envolvidos.

Em seguida, tratar-se-á da atuação do Serviço Social no contexto familiar. O profissional Assistente Social, enquanto um executor terminal das políticas sociais, atua na relação direta com a população usuária, é um dos profissionais que está na linha de frente das políticas sociais e que interage diretamente com a família.

Esta seção ainda contemplará o trabalho multiprofissional desenvolvido com as famílias na UIC II pela equipe do Hospital Universitário (HU), principalmente pelo Serviço Social. É sedimentada no HU a idéia de que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação de seus interesses, garantindo a prestação de serviços com qualidade.

## 2.1 NOÇÕES ACERCA DA INSTITUIÇÃO FAMÍLIA

Para uma compreensão mais concreta sobre a instituição base da sociedade, a família, e seu desenvolvimento nas diferentes épocas, convém situá-la através do tempo nas formas de organização da sociedade (Primitiva, Escravista, Feudal e Capitalista), a partir de leituras e estudos de autores como Engels (1981), Ricardo (2007), Lima (2006) e Miotto (2006).

Há cerca de 40 mil anos a humanidade vivia na chamada comunidade primitiva, um regime social onde não havia propriedade privada de nenhum bem, imperava o nomadismo e a única divisão de trabalho existente era entre os sexos. Os seres humanos comunicavam-se por meio de sinais combinados com ruídos, dos quais evoluiu a linguagem (RICARDO, 2007).

Considera-se esse período dividido em estágios pré-históricos de cultura, baseando-se nas idéias de Friedrich Engels, publicadas pela primeira vez em 1884<sup>8</sup>. Engels admite três épocas principais: Estado Selvagem, Barbárie e Civilização. Cada uma das duas primeiras fases, as quais ele se ocupa em explicar, subdivide-se em: fase inferior, fase média e fase superior.

Na fase inferior do estado Selvagem, as pessoas viviam em bosques tropicais e sobre as árvores, devido às grandes feras selvagens. Alimentavam-se de frutos, nozes e raízes. Neste período formou-se a linguagem articulada. Na fase média começa o uso de peixes e outros animais aquáticos na alimentação devido à descoberta do fogo, assim os humanos puderam espalhar-se por maior parte da terra. Na fase superior do estado Selvagem surgem instrumentos de caça e esta passa a ser uma ocupação costumeira.

Na fase inferior do estado de Barbárie inicia-se a introdução da cerâmica. Aqui se começa a sentir diferença de desenvolvimento de uma localidade para outra. Um traço característico é a domesticação e criação de animais e o cultivo de plantas. Na fase média consolida-se a criação de animais, dependendo da possibilidade em cada continente e o cultivo de hortaliças. A fase superior inicia-se com a fundição do minério

---

<sup>8</sup> Engels utiliza-se de um estudo realizado por Lewis Henry Morgan (1818-1881), antropólogo, etnólogo e escritor norte-americano, considerado um dos fundadores da antropologia moderna, que fez pesquisa de campo entre os iroqueses, de onde retirou material para sua reflexão sobre cultura e sociedade, intitulado *Ancient Society, or Researches in the lines of Human Progress from Savagery through Barbarism to Civilization*, publicado em 1877, no qual tenta estabelecer conexões de sistemas de parentesco em escala global e distingue três estados de evolução da humanidade: selvageria, barbárie e civilização.



de ferro, e com as novas invenções torna-se possível a agricultura e as transformações que acarretaram um grande aumento da população.

A invenção da escrita alfabética e seu emprego em registros literários leva a humanidade para a fase da Civilização. Engels resume estes períodos da seguinte maneira:

*Estado Selvagem* – período em que se predomina a apropriação de produtos da natureza, prontos para ser utilizados; as produções artificiais do homem são, sobretudo, destinadas a facilitar essa apropriação. *Barbárie* – período em que aparecem a criação de gado e a agricultura, e se aprende a incrementar a produção da natureza por meio do trabalho humano. *Civilização* – período em que o homem continua aprendendo a elaborar os produtos naturais, período da indústria propriamente dita e da arte (ENGELS, 1981, p.28).

Para Engels o desenvolvimento da família ocorre paralelamente a isso. Segundo ele, “a família é o elemento ativo; nunca permanece estacionária, mas passa de uma forma inferior a uma forma superior, à medida que a sociedade evolui de um grau mais baixo para outro mais elevado” (ENGELS, 1981, p.30).

É possível observar, nestes períodos de selvageria e barbárie, promiscuidade, tolerância de comércio sexual, entre pais e filhos e entre gerações. É viável adotar, segundo o autor, quatro tipos de famílias: a Consangüínea, a Punaluana, a Sindiásmica e a Monogâmica.

A Família Consangüínea pode ter sido a primeira etapa da família. Os grupos conjugais classificam-se por gerações, sendo então somente os ascendentes e descendentes excluídos dos direitos e deveres do matrimônio. Irmãos e irmãs, primos e primas, de todos os graus, são todos, irmãos entre si e por isso mesmo “maridos e mulheres” uns dos outros. A Família Punaluana começou pela restrição de conjugalidade entre irmãos uterinos, seguindo para os primos em diante. Nestas organizações de família existia o que pode ser chamado de “matrimônio por grupos”, onde sabe-se quem é a mãe, mas não pode-se saber com certeza quem é o pai da criança. Assim, a descendência até esse período se reconhece pela linhagem feminina.

Na fase inferior da barbárie começaram a ser proibidos os matrimônios entre parentes consangüíneos, desta forma, tornaram-se cada vez mais impossíveis as uniões por grupos, que foram paulatinamente substituídas pelas Famílias Sindiásmicas (RICARDO, 2007). Nas Famílias Sindiásmicas cada homem vive com uma mulher, porém a poligamia e a infidelidade continuam a ser direito dos homens, e cruelmente

castigadas no caso das mulheres. O vínculo conjugal é facilmente dissolvido por uma ou por outra parte, e os filhos pertencem exclusivamente à mãe. Esta é a forma de família característica da Barbárie, como o matrimônio por grupos é a do Estado Selvagem e a monogamia é a da Civilização.

A Família Monogâmica, segundo Ricardo (2007) surge da necessidade da certeza da paternidade, pois neste período a riqueza acumulada, as propriedades e os escravos passariam, com a morte do chefe da família, para seus descendentes. Este modelo de família está baseado no predomínio do homem, que para assegurar a fidelidade da mulher e a paternidade de seus filhos, é justo até mesmo que a mulher seja morta diante de uma suspeita de infidelidade. Conta com uma solidez muito maior dos laços conjugais e garante a passagem da propriedade privada de uma geração para outra, tendo como regra de pai para filhos homens.

Esse modelo de família já começa a fazer parte da sociedade escravista, que surge por volta de 3 mil a.C.e vai até 500 d.C. Segundo Engels (1981, p.184), “a diferença entre ricos e pobres veio somar-se à diferenças entre homens livres e escravos; a nova divisão social do trabalho acarretou uma nova divisão da sociedade em classes”.

A forma de família que corresponde à civilização [...] é a monogamia, a supremacia do homem sobre a mulher, e a família individual como unidade econômica da sociedade. A força de coesão da sociedade civilizada é o Estado, que, em todos os períodos típicos, é exclusivamente o Estado da classe dominante e, de qualquer modo, essencialmente uma máquina destinada a reprimir a classe oprimida e explorada. Também são características da civilização: por um lado, a fixação da oposição entre a cidade e o campo como base de toda a divisão do trabalho social e, por outro lado, a introdução dos testamentos, por meio dos quais o proprietário pode dispor de seus bens ainda depois de morto (ENGELS, 1981, p.198-199).

Nesse período nasce o excedente econômico e em razão deste, é que vale a pena escravizar e explorar outros seres humanos. O estágio da produção de mercadorias com que começa a civilização caracteriza-se pela introdução da moeda metálica, dos juros, da usura, dos comerciantes como classe intermediária entre os produtores, da propriedade privada da terra e da hipoteca, e do trabalho como forma predominante de produção (ENGELS, 1981).

Ricardo (2007) organiza cronologicamente as formas que a família tomou, e usando como fonte teórica Netto e Braz (2006), afirma que o sucesso do escravismo estava ligado ao sucesso do Império Romano e quando este passou por uma crise e veio

a se desintegrar, o escravismo deu lugar a uma nova forma de produção social. Essa nova fase, denominada Feudalismo teve início na Era Cristã, em aproximadamente 500 d.C., e perdurou até o século XVIII. Como todo modo de produção também o Feudalismo é composto de estruturas econômicas, políticas, sociais e ideológicas que se articulam mutuamente, relacionando-se e modificando-se umas às outras.

Os feudos eram compostos por um castelo onde morava o senhor feudal, sua família e empregados; a vila ou aldeia, onde moravam os servos; a igreja; celeiros; fornos; açudes; pastagens comuns e mercado, onde nos fins de semana trocavam o que era produzido. Os senhores feudais eram os possuidores ou proprietários de feudos. Formavam uma aristocracia dominante, sendo originários da nobreza e do clero. Os senhores feudais eclesiásticos, vinculados à Igreja Romana, pertenciam à alta hierarquia do clero. Os servos não tinham a propriedade ou posse da terra e estavam presos a ela, eram trabalhadores semi livres. Não podiam ser vendidos fora de suas terras, como se fazia com os escravos, mas não tinham liberdade para abandonar as terras onde nasceram.

Na família feudal da Idade Média era a linhagem, e não o casamento, que estava no centro da vida familiar. A mulher era considerada como pertencente à linhagem do marido e quando este morria, ela era excluída da linhagem. A família era do tipo extensa ou abrangente, ou seja, incluía outros parentes, amigos e vassalos. Os senhores feudais, preocupados com a legitimidade de seus filhos, exerciam forte controle sobre as mulheres.

Na época feudal, a obediência à autoridade era altamente valorizada, sendo permitido o uso do castigo físico para garantir a ordem e a disciplina, quer na família, na escola ou no clero. A família aristocrata não atribuía valor algum à privacidade, à domesticidade, aos cuidados maternos ou às relações íntimas entre pais e filhos. A família camponesa, tal qual a família aristocrática, mantinha laços comunitários de dependência com a aldeia, a qual regulava a vida cotidiana através dos costumes e da tradição. Os rituais, como casamentos e enterros, envolviam a aldeia inteira. As crianças dependiam, principalmente, da comunidade e não dos pais, aprendendo a obedecer às normas sociais. Na medida em que as mulheres precisavam trabalhar, a mãe camponesa dividia a criação dos filhos com outras mulheres da comunidade. As crianças não eram o centro da vida familiar, nem o papel materno idealizado como viria a ser mais adiante. [...] (NARVAZ & KOLLER, 2008)<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722006000300008&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000300008&lng=e&nrm=iso&tlng=e)>, acesso em 29/06/2008, sem paginação.

O sistema feudal começa a entrar em crise e, o curso da história continua com o Capitalismo. A passagem do Feudalismo ao Capitalismo constituiu um processo que atravessou os séculos, até a sua definitiva abolição, tendo como marco a Revolução Burguesa de 1789 na França e a estruturação desse novo sistema durante o século XVIII. Nesse período ocorreram grandes transformações que geraram enormes impactos no processo produtivo e mudanças em nível econômico e social. A sociedade divide-se, nesse novo sistema de produção, em classe burguesa e classe proletária e as relações sociais se concentram nas cidades, devido à forma organizada da produção, manufatureira, no bojo das grandes fábricas.

O Capitalismo é o sistema econômico que se caracteriza pela propriedade privada dos meios de produção e pela liberdade de iniciativa dos próprios cidadãos. A divisão social do trabalho é outra condição prévia característica da sociedade capitalista. A produção e a distribuição das riquezas são regidas pelo mercado, no qual, em tese, os preços são determinados pelo livre jogo da oferta e da procura. O burguês compra a força de trabalho de terceiros para produzir bens que, após serem vendidos, lhe permitem recuperar o capital investido e obter um excedente, o lucro. No capitalismo, as classes não mais se relacionam pelo vínculo da servidão, mas pela posse ou carência de meios de produção e pela contratação livre do trabalho. Outros elementos do capitalismo são: o acúmulo permanente de capital; a geração de riquezas; o papel essencial desempenhado pelo dinheiro e pelos mercados financeiros; a concorrência; a inovação tecnológica ininterrupta e a divisão técnica do trabalho.

Segundo Gueiros (2002, p.106), é no século XVIII, no surgimento do capitalismo que se processa a “separação entre a família e a sociedade (entre público e privado), enfatizando-se a intimidade familiar”, que tem suas marcas inclusive na arquitetura da casa, “que passa a ter cômodos com separações para assegurar a privacidade dos indivíduos na própria família”.

Ao longo do século XX mudanças foram ocorrendo no interior do sistema capitalista, relacionadas à economia, ao avanço no conhecimento científico, às diversificadas formas de organização do trabalho (toyotismo, fordismo) e ao fortalecimento da lógica individualista e, paralelamente, ocorreu o processo de modernização da sociedade. Alterações na ordem econômica intensificaram o assalariamento, e a dependência do emprego no âmbito das relações de produção capitalista, que levaram à crescente perda de funções da família, enquanto unidade de produção econômica e participação política. “As funções familiares concentraram-se no

âmbito privado e a organização da estrutura familiar tornou-se nuclear, com fronteiras rígidas e funções bem definidas, tal como coloca o modelo parsoniano<sup>10</sup>” (LIMA, E., 2006, p.19).

Diante dessa realidade, constata-se que os modelos tradicionais de família vêm sofrendo alterações, na sua organização e na sua forma de convivência. A família tradicional burguesa do século XVIII tinha papéis bem definidos ente homem e mulher, o primeiro, o pai, era o provedor que garantia o sustento da casa, dos membros da família e de toda a propriedade e a mulher, era a mãe, dedicada ao lar e aos filhos, constituía o modelo de família nuclear, com pai, mãe e filhos. Entre as transformações, no decurso de dois séculos, ressalta-se o enxugamento dos grupos familiares, a participação das mulheres no mercado de trabalho, as diferentes formas de viver a sexualidade, o aumento da expectativa de vida, e outras. Neste contexto novos arranjos familiares vão surgindo, embora o modelo nuclear ainda exista, surge uma multiplicidade de formas de família e de convivência (RICARDO, 2007).

Mioto pondera que as dinâmicas familiares são fatores importantes para compreender o processo de produção e reprodução das relações sociais, à medida que expressam o movimento das relações que se estabelece entre os componentes das famílias no decorrer de sua história, que por sua vez expressam as formas de vida e de relações sociais presentes nas sociedades em determinados períodos históricos. Assim, as famílias vivem processos particulares de dinamização da convivência em grupo, pautadas nas relações estabelecidas entre os seus membros, no contexto social e da família com outras esferas da sociedade, ao longo de sua trajetória de vida. Este processo tem um caráter contínuo de maneira que a família e cada indivíduo que a compõe, influencia e é influenciado por ele, assim como pelos acontecimentos societários, que também atuam nesse espaço (MIOTO, 2000 apud LIMA, E., 2006).

Deste modo, compreende-se que os arranjos familiares não são fixos e têm sua trajetória moldada pelos acontecimentos que envolvem seus membros, pelas escolhas e acasos que afetam a família como um todo e cada membro em particular e pelos movimentos societários, independente necessariamente de suas vontades.

---

<sup>10</sup> O modelo sistêmico parsoniano prega que as ações e condutas humanas são sempre decorrentes de valores incorporados na socialização primária. Os elementos simbólicos do sistema cultural convertem-se em valores, tornando-se componentes intrínsecos aos papéis sociais. No modelo parsoniano papéis e valores são o fulcro do sistema social. Expectativas de papéis e as correspondentes sanções repousam sobre valores, que podem ser mais ou menos institucionalizadas (CASTRO, 1997).

Lima (2006) explicita que a sociedade contemporânea alterou a ordem tradicional e causou profundas transformações nas três dimensões clássicas sobre as quais convencionalmente se define família, a sexualidade, a procriação e a convivência, introduzindo além de novas maneiras de ser e conviver, uma multiplicidade de tipos de família, o que conseqüentemente modificou as estruturas e as relações familiares, mas não liberou a família do exercício das suas funções primordiais para o desenvolvimento humano. Atualmente, “admite-se que os arranjos familiares são diversos e a família realmente passa por profundas mudanças na sua estrutura e organização, mas se mantém” (LIMA, E., 2006, p.23).

A autora faz um panorama da realidade brasileira, diante de dados que exprimem as formas de organização das famílias. Segundo ela,

no Brasil o que tem se destacado nas duas últimas décadas, em relação às mudanças nos padrões de organização familiar, é o aumento das famílias chefiadas por mulheres e a redução do tamanho da família. A PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) de 2001 trabalha com o número de 13,8 milhões de arranjos familiares, onde a mulher era a pessoa de referência, isso significa 27,3% das 50,4 milhões das famílias do Brasil. E revela um crescimento entre 1992 e 2001 na ordem de 24,7% desse tipo de arranjo familiar (LIMA, E., 2006, p.26).

Os números são demonstrativos não só de outras formas de organização familiar, como do crescimento e da maior participação das mulheres como chefes de famílias, na tomada de decisões e no sustento da mesma, construindo em decorrência disto, novas dinâmicas e padrões familiares. E podem significar ainda, a construção de uma nova concepção dos papéis feminino e masculino no âmbito familiar.

Segundo a síntese dos indicadores sociais do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2002, o conceito de arranjos familiares é ‘equivalente ao conceito de família que denota a forma de organização de seus membros’ (LIMA, E., 2006, p.27).

O IBGE conceitua arranjo domiciliar como uma organização de pessoas limitada ao espaço do domicílio; portanto, família é o grupo de moradores de um domicílio.

A autora mostra como a família no Brasil em vinte anos, entre 1980 e 2001, reduziu o seu tamanho de 4,5 pessoas para 3,3 pessoas em média, respectivamente, considerando a existência de diferenças entre as regiões metropolitanas do país, bem como entre as áreas urbanas e rurais e entre os diferentes segmentos sociais. Entre as

famílias com maior poder aquisitivo, esse número cai em 2001 para 2,6 pessoas por arranjo familiar, enquanto que para as mais pobres o percentual médio de membros por família ainda é de 4,8, elevando-se além da média nacional. As famílias unipessoais<sup>11</sup> cresceram em dois anos (1999 – 2001), de 8,6% para 9,2%, sendo que 41,5% compõem-se por pessoas idosas.

Essas mudanças são respostas às necessidades sociais postas. Outra formação de família que vem crescendo são as constituídas por mulheres ou homens sem cônjuge e com filhos dependentes, que é conhecida entre os pesquisadores como família mononuclear. Cabe aqui destacar o crescimento do número de famílias mononucleares com chefia feminina.

O percentual das famílias reconstituídas também é crescente no Brasil. Família reconstituída significa a convivência conjugal entre pessoas que possuem filhos não comuns e que se juntam freqüentemente filhos comuns, ou seja, o processo de reconstituição familiar, significa trazer para o interior de uma nova união filhos de uma outra conjugalidade dissolvida (LIMA, E., 2006).

As famílias concebidas como nucleares, no modelo tradicional burguês, compostas pelo casal heterossexual e seus filhos, ainda representam o arranjo familiar mais comum no país. Entretanto nas duas últimas décadas constata-se uma diminuição em seu índice, somando atualmente uma média de 53,3% do total de famílias. Assim sendo, conclui-se que quase metade das famílias brasileiras vivem em outros tipos de arranjo familiar (LIMA, E., 2006).

Avalia-se que estes índices sejam representativos também da diversidade étnica e cultural de nossa população. Os estudos históricos da família no Brasil demonstram que apesar dessa diversidade, sempre houve um modelo oficialmente reconhecido como o padrão da família brasileira. Esse modelo normalmente era uma adaptação da família européia portuguesa, a qual pretendia-se que fosse extensiva a todas as outras culturas (LIMA, E., 2006, p.28).

Os historiadores reconhecem, porém, que desde o Brasil Colônia, a sociedade brasileira é capaz de reconhecer a pluralidade e heterogeneidade de arranjos familiares que já existiam. Eliéte Lima (2006) ainda afirma que embora isto seja uma peculiaridade de nossa realidade, o que as pesquisas denotam é o acentuado aumento e o

---

<sup>11</sup> Entende-se como famílias unipessoais as pessoas que moram sozinhas, ou ainda pessoas que partilham um mesmo ambiente doméstico, porém não tem uma dependência entre si (GUERREIRO, apud LIMA, E., 2006).

reconhecimento dos diversos arranjos familiares sobre os quais as famílias se organizam atualmente, conseqüência também do processo de modernização vivido por essa sociedade.

A família não é, portanto, algo biológico, algo natural ou dado, mas produto de diferentes formas históricas de organização e relações entre os humanos. Premidos pelas necessidades materiais de sobrevivência e de reprodução da espécie, as pessoas estabeleceram entre si diferentes formas de organização a fim de garantirem sua sobrevivência e subsistência. Estas formas organizacionais dos grupos humanos, baseadas na divisão do trabalho social e sexual entre os seus membros, engendraram variadas formas de relacionamento entre os mesmos, originando o que se denominou família. Os laços familiares permanentes são condicionados pela cultura, e não por necessidades biológicas.

Compreendendo a família como um sistema<sup>12</sup> entende-se que esta é uma unidade extremamente dinâmica e que a vivência de seus membros atinge todos os demais. Família é uma forma organizada de convivência dos indivíduos, que não é natural, embora se viva dentro dela fatos naturais. É um processo naturalizado pelos seres humanos, dada à necessidade de sobrevivência. Um dos membros da família é sempre a pessoa mais plausível de ser cuidador de um outro membro em situações de adversidade, e neste sentido, a ajuda mútua entre os membros é, muitas vezes, uma estratégia de proteção em resposta a ausência de proteção oferecida pelo Estado.

Mioto (2006) faz uma análise pertinente sobre a relação família – Estado observando o caráter paradoxal que marcam as políticas públicas:

muitas vezes, no bojo dessa diversidade de proposições e sob a égide de um discurso ‘homogêneo’ de justiça e cidadania, os programas de apoio sociofamiliar trazem embutidos princípios assistencialistas e normatizadores da vida familiar que imaginávamos ultrapassados (MIOTO, 2006, p.44).

A família está em um espaço construído pela teia das suas diferentes relações: entre seus membros; de cada um dos membros com outras esferas da sociedade; e da

---

<sup>12</sup> A teoria geral dos sistemas foi elaborada e sistematizada por Von Bertalanffy a partir da década de 20. Depois da teoria psicanalítica e da teoria behaviorista a teoria geral dos sistemas é considerada como a terceira grande contribuição à busca de uma teoria unificada do comportamento humano. [...] A mudança fundamental proposta pela teoria sistêmica diz respeito à substituição do modelo linear de pensamento científico (padrão causa-efeito) pelo modelo circular (padrão interativo). [...] Segundo esse princípio, um sistema (por hipótese, a família) não pode ser entendido como a mera soma de suas partes (indivíduos) e os resultados da análise dos segmentos isolados não podem se aplicar ao conjunto como um todo (OSÓRIO, 2004, p.30).



família com outras dimensões societárias. O movimento diário que se desenvolve entre a família e o mercado, o trabalho e o Estado nem sempre são fáceis, muitas vezes são conflituosas. A relação com o Estado nem sempre é simples: este tem obrigação de oferecer proteção social à família e seus membros, e o aumento gradativo de sua desresponsabilidade acarreta problemas para a unidade familiar.

O Estado exerce influência sobre as famílias através da legislação, das políticas econômicas e demográficas e também através da difusão de uma cultura e de uma ideologia, embasada em um “discurso competente”<sup>13</sup> (CHAUÍ, 2003) de especialistas, que afetam principalmente às classes populares. A solidariedade familiar é um fator importante para a manutenção dos mecanismos de proteção que a rede de relações entre os membros da família e as diferentes famílias estabelecem para garantir um mínimo de estabilidade.

Desta forma, não há como entender família descolada da realidade social em que está inserida nem negar a existência de um processo complexo e em contínua transformação dessa unidade chamada família. Ao mesmo tempo, não há como antecipar as manifestações que cada grupo familiar adotará em situações de adversidade, como por exemplo, o adoecimento. Porém, algumas pontuações mais precisas acerca do trato familiar diante da situação de adoecimento serão consideradas no próximo item.

## 2.2 FAMÍLIA E DOENÇA

A família, na maioria das situações, é o suporte emocional, financeiro e social dos seus membros. Aqui serão abordadas questões pertinentes ao envolvimento familiar em situações de doença acometidas a um ou mais membros de um conjunto familiar.

A constituição de grupos familiares vem da necessidade da pessoa em estabelecer vínculos com seus semelhantes, compartilhando objetivos e ações, na busca

---

<sup>13</sup> Tal discurso faz parte da construção de uma distorção da realidade onde “o discurso ideológico é aquele que pretende coincidir com as coisas, anular a diferença entre o pensar, o dizer e o ser e, destarte, engendrar uma lógica da identificação que unifique pensamento, linguagem e realidade para, através dessa lógica, obter a identificação de todos os sujeitos sociais com uma imagem particular universalizada, isto é a imagem da classe dominante” (CHAUÍ, 2003, p.03). O discurso competente é aquele que pode ser proferido, ouvido e aceito como verdadeiro ou autorizado. Discurso que é proferido por determinadas pessoas em determinadas posições sociais.

de apoio e ajuda. Segundo Campos (2004, p.141), “durante todo o transcurso da existência, os homens se organizaram e se organizam socialmente formando uma rede de laços (ou relações) interpessoais, constituindo famílias, grupos ou comunidades”. Esses sistemas de suporte implicam em padrões duradouros de vínculos que contribuem de maneira significativa para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo.

O autor ainda afirma: “família é, em geral, a fonte mais importante tanto do apoio social como de estresse para seus membros” (CAMPOS, 2004, p.147). Seguindo a análise da importância da família como suporte social numa situação de doença, inevitavelmente necessita-se compreender como a atenção destinada ao membro portador da doença pode ser positivo para toda a família, bem como pode se transformar em um “fardo”, um fator gerador de estresse familiar.

Com a situação de doença e da possível internação hospitalar, da mesma forma como o paciente sente uma brusca ruptura com seu meio e sua rotina, a família também tem essa sensação de ruptura do seu dia-a-dia, acompanhada por um sentimento de desagregação familiar, percepção de descontinuidade de sua história de vida (ISMAEL, 2004, p.251). Diante disso, é imprescindível que a equipe de saúde leve em consideração as condições sociais reais, da pessoa adoecida e de sua família, para contribuir com o restabelecimento ou preservação do equilíbrio biopsicossocial, da saúde, em seu sentido amplo, tal qual foi contemplado na Constituição de 1988.

A família, por ser um sistema que interage com as mudanças que ocorrem entre os seus membros e igualmente com o exterior, está em constante transformação e adequação às situações que lhe demandam. Há autores, como Zagonel (1999) que consideram a família como um sistema movendo-se através do tempo possuindo propriedades diferentes de outros sistemas, indicando que os significados de transições mudam de família para família bem como de família a sistema. Por exemplo, o nascimento de um primeiro filho força uma reorganização familiar como um sistema social. A esse respeito Majewski (1986, apud ZAGONEL 1999, p.27) diz que “os papéis tem que ser remodelados, as posições de status mudadas, os valores reorientados e necessidades realizadas através de novos canais”.

A situação de estresse familiar que vem junto com a doença é, por si só, limitante, no sentido que o desequilíbrio familiar trazido por ela não pode permanecer sem definição. Uma atitude, mesmo que provisória, deverá ser tomada pela unidade

familiar para que a mesma tenha condições de lidar com o período de crise até que uma solução, ainda que temporária, seja vislumbrada (ISMAEL, 2004, p.251).

É necessário que a equipe multiprofissional<sup>14</sup> que dedica esforços na recuperação da saúde do usuário também possa compreender melhor o que ocorre com a dinâmica familiar da pessoa internada para tratamento hospitalar no sentido de compreender as possibilidades e limites da contribuição dos outros membros da família no tratamento. Para tal, deve-se levar em consideração:

o tipo de doença que acometeu o paciente, sua gravidade ou não, qual o papel e o lugar que o doente tem no contexto familiar, se a ocorrência da doença foi aguda ou se já era crônica, como a família lida com a questão doença e como lidou com ela no passado, se ela se culpa pelo que aconteceu ao seu paciente, se é uma família superprotetora ou não, se o familiar é adulto ou criança (ISMAEL, 2004, p.252).

Ainda podemos acrescentar outros fatores, de crucial importância, dentro dessa lógica, como as condições sociais da família, a possibilidade de um dos membros acompanhar o tratamento durante a internação, a presença ou não de cuidador (a) para o pós-alta e para acompanhar o tratamento ambulatorial, condições físicas de higiene, moradia, transporte, alimentação, etc. e as condições emocionais na qual os membros da família estão envolvidos.

Além disso, também se deve considerar que os usuários trazem outro tipo de informação que é vital para a recuperação da saúde: o conhecimento pessoal que têm a respeito de si mesmos, como indivíduos únicos. Conhecimento esse que muitas vezes é passado para a equipe através dos cuidadores.

De acordo com Santos (2003) é no campo familiar que as pessoas aprendem e desenvolvem suas práticas de cuidado bastante influenciadas por sua cultura. Geralmente é a família quem decide o momento de procurar pelos agentes do campo profissional ou do campo popular e também quem estabelece o contato com esses profissionais. Em alguns casos, o cuidado dispensado pelos membros da família pode

---

<sup>14</sup> Entende-se por equipe multiprofissional, segundo Mello & Almeida (1999), uma gama de profissionais de diferentes disciplinas que atuam sobre um mesmo objeto. Eventualmente trocam informações, porém não caracteriza ainda um trabalho interdisciplinar. Este, por sua vez, é o trabalho desenvolvido por um grupo de disciplinas conexas entre si, numa relação hierárquica onde há troca entre os especialistas. Nem todo o trabalho em parceria é interdisciplinar, para que seja, é necessária a sistematização de uma proposta comum, a especialização, a convergência em torno de um objeto, a análise do processo ético-político e a administração das subjetividades das pessoas envolvidas.

não ser o mais adequado tecnicamente, mas tem uma forte expressão simbólica por envolver vínculos afetivos, alianças e o compartilhar de uma história que é peculiar a cada unidade familiar.

O contexto familiar em que o indivíduo está inserido provoca alterações no seu modo de enfrentamento da doença, bem como Zagonel (1998) afirma que a maneira como a pessoa e a família aceita e integra o papel de risco em sua vida pode afetar o funcionamento familiar, os relacionamentos sociais, as atividades ocupacionais e recreacionais, as práticas de saúde e a futura morbidade e mortalidade.

Como explicita Júlio de Mello Filho (2004), a doença emerge frequentemente de configurações familiares patológicas que propiciam a descompensação de um ou mais membros. Assim, a soma de várias condições culmina na doença e o reconhecimento destes fatores possibilitará uma atuação mais eficaz da equipe na recuperação da saúde. Acrescenta ainda o autor que “a doença é função de configurações ainda mais amplas, como as estruturas socioeconômicas e culturais, dentro das quais se desenvolve” (MELLO FILHO, 2004, p.47).

Resumindo, a doença<sup>15</sup> não afeta simplesmente o “doente”, esta gera uma situação de crise, a qual envolve o sistema familiar como um todo, mobilizando os demais subsistemas, que solicita uma multiplicidade de respostas, tanto física como emocionalmente.

### **2.2.1 O importante papel da pessoa que cuida – Cuidador (a)**

A presença dos acompanhantes na rede pública de saúde foi legitimada pelo “HumanizaSUS”, a Política Nacional de Humanização (PNH) Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, que tem por objetivo “efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre

---

<sup>15</sup> A atual definição de saúde da Organização Mundial da Saúde é "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social" da pessoa. Então, “doença (do latim dolencia = padecimento) é o estado resultante da consciência da perda da homeostasia de um organismo vivo, total ou parcial, estado este que pode cursar devido a infecções, inflamações, isquêmias, modificações genéticas, sequelas de trauma, hemorragias, neoplasias ou disfunções orgânicas” (WIKIPÉDIA, 2008. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Doen%C3%A7a>> Acesso em 23/07/2008).

gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos” (BRASIL, 2003).<sup>16</sup>

A PNH busca, na prática, os resultados como redução de filas e do tempo de espera, como ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde e; gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2003).

São seus princípios:

**Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde** - Refere-se a práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento.

**Transversalidade** - Trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde.

**Autonomia e protagonismo dos sujeitos** - Têm relação com a corresponsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão (BRASIL, 2003).

A Política prevê a participação dos acompanhantes, adotando termos como “família participante”<sup>17</sup>, conotando uma grande importância aos familiares.

A permanência dos acompanhantes durante o tratamento é fundamental para o fortalecimento dos projetos de humanização das instituições de saúde. Sem a participação dos acompanhantes, a humanização acaba sendo apenas um projeto de melhorias estruturais da estrutura física, porque não cuida daquilo que mantém a teia interacional concretizada através do conjunto de relações presentes no cotidiano dos serviços.

Neste sentido, entende-se a possibilidade de ter um acompanhante como direito dos usuários do Sistema Único de Saúde, mas também necessita-se entender como a existência do cuidador acontece dentro das famílias.

---

<sup>16</sup> Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1342)> Acesso em 20/06/08. Sem paginação.

<sup>17</sup> “Representante da rede social do usuário que garante a integração da rede social/familiar e equipe profissional dos serviços de saúde.” Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28359](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28359)> Acesso em 20/06/08.

O verbo cuidar em português denota atenção, cautela, desvelo, zelo. Assume ainda características de sinônimo de palavras como imaginar, meditar, empregar atenção ou prevenir-se. Porém representa mais do que um momento de atenção. É na realidade uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (BOFF, 1999, apud DAMAS, 2004, p.273).

Assim, entende-se que o cuidado não é apenas dar atenção à, ou prestar auxílio, é também preocupação com o outro, impulsionado pela responsabilidade que, espontaneamente ou socialmente imposta, o (a) cuidador (a) tem com relação ao familiar em tratamento.

“O adoecer é sempre conjunto: paciente-familiares; logo, o tratamento também deve sê-lo” (ALVES, 2004, p.248). Neste sentido, o cuidado por sua própria natureza possui dois significados que se inter-relacionam, por ser uma atitude de atenção e solicitude para com o outro, ao mesmo tempo em que representa preocupação e inquietação, pois o (a) cuidador (a) se sente envolvido efetivamente e ligado ao outro. Ao mesmo tempo, nem sempre é somente por envolvimento afetivo que existe a permanência de cuidador, e sim por existir uma obrigatoriedade para a família, legitimada e exigida pela sociedade e que por vezes é o motivo de estresse que se origina a partir de situações de doença.

As pessoas reagem à doença como um abalo em seu conceito de integridade física, surgem a raiva, depressão e ansiedade. O suporte emocional da família é fundamental para quem adoeceu, tendo em vista a diminuição da ansiedade, através da presença de cuidador (a), das amigas e pessoas próximas de seu convívio. Entretanto é necessário também atentar para o cuidado que é despendido aos acompanhantes, a atenção e as condições de permanência junto ao adoecido, pois este também está na condição de usuário do SUS e seus direitos devem ser reconhecidos.

Como expõe Zagonel (1998), os componentes do cuidado como compreensão, toque, dedicação, compaixão, desvelo, comunicação são importantes aliados diante da recuperação. A percepção é aguçada através da sensibilidade pela condição do outro, pela presença de cuidador (a), muitas vezes sem necessidade de comunicação verbal. A autora também caracteriza a importância da equipe multiprofissional descobrir quais são as pessoas significantes no sistema social do paciente e utilizá-lo como fonte de ajuda no plano dos cuidados.

Segundo Vieira (2007), em sua dissertação intitulada “O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta”, a família

cuidadora tem constituído a principal provedora da assistência ao familiar em tratamento, devido à falta de uma estrutura pública que comporte as necessidades essenciais. No seu modelo, cuidado informal deve ter um carácter complementar, sem substituir a assistência profissional. O autor destaca a preocupação em oferecer um cuidado apoiado na razão sensível dos clientes no seu convívio familiar. Fala que o maior desafio é inserir-se no contexto da família, valorizando hábitos, crenças e valores que constituem aquele mundo real. Dá grande importância à atenção aos cuidadores, descrevendo que

a família de um idoso dependente internado necessita de ajuda em suas dificuldades no cuidado, pois muitos deles relatam que não recebem orientações necessárias a respeito da doença, do tratamento e do processo de cuidar. E que a sobrecarga dos familiares que cuidam de idosos dependentes é imensa, tanto física e emocional como socioeconômica (VIEIRA, 2007, p.24).

E continua afirmando que, “apesar da existência de aparato legal sobre o apoio ao cuidador familiar, a maioria não está implementada de modo efetivo” (VIEIRA, 2007, p.26). A Portaria 1.395, de 10/12/99, que regulamenta a Política de Saúde do Idoso, prevê uma parceria entre profissionais da saúde e pessoas próximas ao idoso, possibilitando orientações, como estratégias para melhorar seu tratamento, principalmente quando dependente. Esse documento foi revisado e atualizado, aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, através da Portaria Nº 2528 de 10/10/2006, com a finalidade de recuperar, manter e promover a independência dos idosos, através de medidas coletivas e individuais de saúde (BRASIL, 2006 apud VIEIRA, 2007).

O familiar acompanhante e a equipe multiprofissional devem atuar em parceria no cuidado ao adoecido durante a internação. Este acompanhante ou cuidador (a) deve ter apoio dos profissionais da rede primária de saúde após a alta hospitalar, principalmente na realização de procedimentos técnicos durante o pós-alta imediato.

Como lembra Vieira (2007, p.79) tais pessoas (cuidadores) não devem ser vistas como força de trabalho, mas sim como coadjuvantes durante a internação para acompanhar seu parente, dando-lhes apoio emocional e preparo para reproduzir os cuidados em domicílio. “Para isso é importante que a equipe faça um trabalho síncrono, somando esforços para colaborar com a família no cuidado ao idoso dependente”.

O papel de cuidar é, muitas vezes, exercido por mais de um familiar, porém,

como expõe Karsch (2003, p.107), mesmo no caso dos cuidados familiares serem distribuídos entre os diferentes membros da família, “a carga mais pesada acaba sendo carregada por uma só pessoa: o cuidador principal. Este termo, definido na literatura internacional, parece ter sido considerado universal: o cuidador principal é aquele que tem total responsabilidade em prover os cuidados”.

Cabe destacar que, normalmente no lugar do cuidador principal, encontra-se uma mulher, conforme assinala Karsch (2003, p.106), em estudo também voltado para cuidadores de idosos:

Implícito está que o papel de cuidar de alguém de sua família é uma forte tradição na vida da mulher brasileira, e é por ela assumido galhardamente. Em todo o mundo, os primeiros e os mais longos períodos de cuidados são exercidos pelas famílias, notadamente por uma mulher, seja a esposa, a filha ou a nora, que, em geral reside sob o mesmo teto que o idoso fragilizado, e toma a si a responsabilidade de cuidá-lo.

As mulheres são comumente as designadas para cuidar dos outros membros da família. Homens e mulheres são produzidos como sujeitos de gênero no âmbito da cultura, e essa construção histórica, da mulher como cuidadora, mostra como foram sendo tecidas as relações de gênero na sociedade. O papel de cuidadora do lar, da família, dos filhos, do marido e, por extensão, do idoso e dos doentes parece ser o resultado da associação entre prescrições sociais difundidas na cultura, políticas sociais de apoio organizadoras do cotidiano, e da vinculação subjetiva entre este papel e a identidade feminina.

Há uma prática cultural dominante de responsabilizar a mulher pelos problemas experimentados pela família e pelas crianças que nelas vivem, o que se estende em situações de doença dos familiares, principalmente em situações de internação, quando há a necessidade de cuidador acompanhante.

A presença de cuidadores é peça importante no processo de recuperação da saúde. A partir disso, a compreensão pelos profissionais que despendem serviços de saúde pública de como a família estabelece formas de organização para desempenhar a tarefa de cuidar e como exerce esse papel, sendo uma parceira das equipes de saúde é uma forma de otimizar essa parceria e qualificar o atendimento ao adoecido.



## 2.3 SERVIÇO SOCIAL E FAMÍLIA

Com a minimização do papel do Estado, nas últimas décadas, a proteção social como um direito de cidadania, na perspectiva da universalidade, sofreu retrocessos. Essa situação acirrou-se a partir dos anos de 1990, com déficit público, o individualismo crescente, a institucionalização das necessidades individuais/grupais e o desemprego estrutural, quando as políticas sociais no país são duramente desafiadas. A família e a comunidade recebem uma responsabilização exacerbada com relação aos seus membros, partilhando com o Estado a responsabilidade e os custos da proteção e reprodução social.

O fato de a vida familiar fazer parte do mundo (real e/ou simbólico) de todas as pessoas e estar perpassada fortemente por valores morais, religiosos e ideológicos tem feito com que muitas vezes se tenha a ilusão de que as discussões sobre a família estão assentadas sobre bases comuns (MIOTO, 1997, p.114).

No entanto, as ações voltadas às famílias necessitam ser delicadamente planejadas. A atenção destinada à elas deve estar pautada na realidade social de cada unidade familiar, com seus diferentes arranjos, e atentar para a necessidade da criação de condições que emancipem os sujeitos, e não reforcem a condição subalternizada. Como contemplado no início da seção, quase metade das famílias brasileiras vivem em outros tipos de arranjo familiar distinto do modelo tido como tradicional com pai, mãe e filhos. E isso é extremamente significativo e não pode ser desconsiderado, tanto nos estudos e análises sobre família, como principalmente na elaboração e execução das políticas públicas.

Descolar tal instituição de seu caráter histórico e pensá-la como um grupo natural, com afetividade como condição intrínseca, faz com que, muitas vezes os profissionais, segundo afirma Miotto (1997, p.117) “embora partilhando da idéia que a família não é um grupo natural, naturaliza as suas relações e com isso trabalha com estereótipos de ser pai, ser mãe, ser filho”. Porém, é necessário lembrar que “a dinâmica relacional estabelecida em cada família não é dada, mas é construída a partir de sua história e de negociações cotidianas que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo” (MIOTO, 1997, p.117).

Admitindo a família como “uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a estrutura na qual está inserida” (MIOTO, 1997, p.117), e considerando as mudanças pelas quais têm passado nas últimas décadas, bem como as situações adversas pelas quais é submetida cotidianamente, necessita-se entender como as ações das políticas públicas têm interferido na dinâmica familiar, especialmente como tem acontecido as intervenções do Serviço Social.

Situações contemporâneas que atingem as famílias, como

[...] a imposição de novas tarefas, o acelerado empobrecimento, a ausência de suporte por parte das políticas sociais e a fragilização dos vínculos familiares, vêm contribuindo para que as famílias sejam assíduas freqüentadoras dos serviços sociais. Nesses serviços, um grande número de técnicos se faz presente e entre eles figuram os Assistentes Sociais (JESUS 2005, p.51).

O Assistente Social, que segundo Iamamoto, (2005, p.20) é um profissional “executor terminal de políticas sociais, que atua na relação direta com a população usuária” é quem está na linha de frente na execução das políticas sociais que atingem direta ou indiretamente a família. Esta realidade faz com que haja a necessidade de preparo destes profissionais diante da sua intervenção.

A vida no grupo familiar se configura como uma forma de maximizar as chances de garantir a sobrevivência dos membros das populações, principalmente as mais empobrecidas. Segundo Barros (1995, p.119),

la familia se encuentra ubicada en una difícil posición intermedia entre los individuos y la sociedad global. Por una parte, ella debe desempeñar las funciones que la sociedad le asigna y por otra, debe responder a las necesidades y requerimientos de sus miembros individuales. Las demandas provenientes de estos dos polos no son siempre congruentes ni fáciles de descifrar. De allí surgen tensiones y conflictos que traspasan la vida familiar cotidiana.

Por esse motivo, Míoto (1997, p.117) afirma que “a família não é a *priori* o lugar da felicidade”. Família é uma instituição social historicamente condicionada, e além dessas situações de estresse que cotidianamente enfrenta, as transformações societárias que culminaram em mudanças nas organizações familiares, acarretaram uma fragilização nos vínculos e uma maior vulnerabilidade da família no contexto social.

Os profissionais de Serviço Social também estão na condição de propositores e gestores de políticas públicas. Dessa forma, pelo menos duas questões tornam-se extremamente importantes nesse processo.

A primeira refere-se à desnaturalização da função da família na proteção social, entendendo-a como uma construção sócio-histórica, uma vez que a função da família na reprodução social e conseqüentemente, no bem-estar dos seus membros não é algo determinado, onde naturalmente ela é capaz de exercer cuidados e dar conta da provisão do bem-estar. Esta é uma função e uma relação construída e dessa forma, moldada pelos processos de desenvolvimento da sociedade. Nesse aspecto, os operadores das políticas sociais devem estar atentos para a capacidade da família de atuar para o bem-estar, considerando que esta está associada a uma série de condições e ao suporte que ela recebe para exercer tal função. E, a segunda questão colocada como importante no desenvolvimento da prática profissional dos (as) assistentes sociais relaciona-se ao conhecimento dos sujeitos para quem trabalham. Iamamoto (2005, p.197) expõe sobre a necessidade de aproximação/conhecimento das “... condições de vida das classes subalternas e de suas formas de luta e organização”, para que o (a) assistente social não tenha uma “relação de estranhamento com a população usuária dos serviços prestados, porque é de fato um ‘estranho’ em seu universo” (p.198). Mas, seja capaz de conhecer a realidade e suas múltiplas formas de ação-interação no cotidiano para contribuir no processo de conquista de direitos e na garantia da cidadania. (LIMA, E., 2006, p.13)

Mais do que simples executores, os profissionais de Serviço Social têm a responsabilidade para com a vida dos sujeitos envolvidos nas políticas públicas, e a dimensão do alcance e das conseqüências que a intervenção profissional tem precisam ser consideradas, desde a proposição até a execução das políticas.

Carvalho (2000, p.94) afirma que “o trabalho com famílias foi considerado na maioria das vezes como uma prática conservadora e disciplinadora sob o rótulo do planejamento familiar. A atenção à família se tornou periférica”. As políticas públicas têm como alvo as famílias que não dão conta da sobrevivência de seus membros, e com a “ideologia da culpabilização”<sup>18</sup> da família, os olhares destinados a elas são de

---

<sup>18</sup> Ideologia da Culpabilização consiste na responsabilização dos sujeitos pela sua condição subalternizada. Explicações psicológicas (propensão individual) e morais (fraqueza, falta de vontade) são recorrentes e reforçadas por uma longa tradição de estudos e pesquisas que focalizam no sujeito as explicações para os problemas que enfrenta. Esse fenômeno de culpabilização do pobre pela sua própria condição social e econômica revela uma das formas com que a ideologia dominante se expressa, o que gera as bases para uma determinada forma de dominação psicossocial. Trata-se de um contexto onde os valores da classe dominante se propagam em larga medida e cuja sustentação depende também das instituições formadoras (escolas, igrejas, etc.) (EUZÉBIOS FILHO, 2007).

reprovação. Neste sentido, Eliéte Lima (2006) discorre sobre a era da “valorização” e “reconhecimento” da família no âmbito das políticas públicas, associado a sua maior responsabilização como mecanismo de proteção social. Por detrás do discurso sobre a importância das famílias, nota-se no bojo das políticas públicas, a avaliação de que as famílias passaram a incorporar riscos que antes eram assumidos pela provisão pública (MIOTO, 2004). Para a autora, há uma clara contradição entre o que está expresso na legislação do país e na direção das políticas de proteção social e a realidade brasileira, que “tem dado sinais cada vez mais evidentes de processos de penalização e desproteção das famílias” (MIOTO, 2004, p.03).

Destaca-se isso através da constatação do empobrecimento da população brasileira, a vulnerabilidade dos grupos familiares, especialmente os mais pobres, e a fragilidade das relações intra-familiares no fornecimento de suporte para o bem-estar. Assim, a ajuda em contextos de pobreza tem que ser integral, para “restituir a condição de família cidadã, com acesso e usufruto de direitos elementares à vida humana”. Pois, “para a família operacionalizar proteção ela precisa estar protegida, ou seja, ter garantias mínimas de bem-estar, o que ainda não é uma realidade em nosso país” (LIMA, E., 2006, p.73).

Autoras como Lima e Mioto concluem que no Brasil, a partir da década de 1990, acentua-se o caráter familista do sistema de proteção social, sendo que as ações públicas de proteção que vão sendo organizadas continuam apostando na capacidade da família de cuidar e proteger e direcionam os serviços, programas e projetos para aquelas que estão em risco de falhar ou falharam na sua função de proteção. Assim sendo, como afirma Eliéte Lima (2006, p.73) “a família permanece desprovida do suporte público necessário para a garantia do bem-estar de seus membros, porém tornou-se a grande referência na proteção social dos indivíduos, sendo cobrada e responsabilizada legalmente pelo exercício desta função”. Atentamo-nos para como os profissionais de Serviço Social trabalham com essas questões, e se de fato contribui-se para que a família tenha condições de prover a proteção pela qual ela é cobrada.

### **3 ACOMPANHANTE: CUIDANDO DO ADOECIDO E DA FAMÍLIA**

Consta nesta seção a apresentação do estágio realizado, bem como a contextualização da instituição. Inicialmente será brevemente caracterizado o estágio, situando a instituição à que foi vinculado, o Hospital Universitário da UFSC, em seguida a Unidade de Internação Cirúrgica II - UIC II onde as atividades do estágio se desenvolveram.

Na seqüência será apresentado o Setor de Serviço Social, sua localização dentro da organização do hospital, a equipe que o compõe e como desenvolve suas atividades.

E, por último, passa-se à pesquisa desenvolvida durante o período de Estágio Curricular Obrigatório na UIC II, seus procedimentos metodológicos e a experiência da sua realização. Expõem-se em seguida os seus resultados e por fim discorre-se sobre os resultados e as conclusões obtidas.

#### **3.1 SITUANDO O ESTÁGIO NO HU**

A formação profissional do Assistente Social possibilita aos profissionais intervirem nas diferentes dimensões da Questão Social, e como tal, terem capacidade de elaborar, implementar, coordenar e executar políticas sociais, inclusive na área da saúde. Desde cedo no curso, despontou o interesse pela área da saúde, então, com intuito de cumprir a carga horária da disciplina DSS 5631/5632 Estágio Curricular Obrigatório I e II, essa etapa do curso foi realizada no Setor de Serviço Social na Unidade Clínica Cirúrgica II do Hospital Universitário.

A inserção do estudante no campo de estágio deve primar pela construção da identidade profissional do mesmo, pelo reconhecimento da realidade concreta vivenciada pelo profissional de Serviço Social, pela possibilidade de desenvolver um pensamento crítico, entendendo a dinâmica do trabalho profissional e principalmente, deve se constituir num momento de estudo e reflexão do fazer profissional.

A prática do Serviço Social com os usuários no Hospital Universitário está sedimentada em um Plano de Atuação, sendo realizada a partir do planejamento e

execução de políticas sociais específicas, viabilizando a prestação de serviço à população. Sendo a assistência uma especificidade da atuação do profissional, através de prestação de auxílios concretos, imediatos (transporte, medicamentos, cesta básica etc.), ações de acolhimento e esclarecimento acerca de questões trabalhistas e previdenciárias e outras situações relacionadas ao tratamento, à rotina hospitalar e aos direitos do usuário, visando a garantia de direitos e emancipação destes.

Diariamente, através da abordagem, realizada individualmente nos leitos, busca-se contribuir com as pessoas internadas em tratamento e com acompanhantes/cuidadores na resolução de seus problemas. A observação, também é utilizada como uma ferramenta capaz de detectar pelo modo de agir, e de expressar a completude da realidade desses usuários.

### **3.1.1 Hospital Universitário - HU**

Em 1964, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) aprovou o projeto e autorizou o financiamento para a construção do Hospital Universitário – HU cuja execução foi confiada a uma comissão de médicos e professores. No entanto, tornou-se realidade somente em 1980 após intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração. Foi projetado e construído com base nas diretrizes recomendadas pela Comissão de Ensino Médico do MEC, sendo caracterizado como uma instituição pública, de âmbito federal, de caráter governamental, vinculado à UFSC, diretamente subordinado à reitoria.

O projeto para a sua construção começou a ser viabilizado na década de 1960 com intuito de melhorar a qualidade de ensino, pesquisa e extensão de cursos vinculados à UFSC visto que os hospitais conveniados a ela não possuíam equipamentos suficientes para atender às necessidades do ensino na área de saúde.

Inaugurado em 02 de maio de 1980, o chamado Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago tem por finalidade promover a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão na área de saúde e afins, e prestar assistência à comunidade na

área de saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária.

O HU está vinculado ao Sistema de Saúde vigente, e atua nos três níveis de atenção da saúde, o básico (prevenção e promoção da saúde), o secundário (atendimento especializado) e o terciário (alta complexidade no atendimento) que, baseado nos preceitos constitucionais, norteia-se pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade.

O Hospital Universitário é financiado pelo SUS, através do Ministério da Saúde e pelo MEC através do orçamento da Universidade. Para custeio do tratamento prestado do paciente o HU emite fatura de custos ao SAI/SUS – Sistema de Internação Ambulatorial, quando o paciente é atendido na esfera ambulatorial ou na emergência até um período de 24hs de atendimento no HU, quando excede esse horário o paciente é encaminhado para as Unidades de Internação e a fatura é emitida para o SIH/SUS – Sistema de Internação Hospitalar. Estas são duas fontes de receitas através do SUS, outras fontes estão vinculadas a doações, campanhas e convênios com entidades de fomento à pesquisa.

Para atender os alunos o hospital disponibiliza estágios curriculares para os cursos de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Nutrição e Farmácia cursados na UFSC e recebe, por meio de convênios, estagiários de universidades privadas e fundacionais.

O hospital conta com apoio da AAHU – Associação de Voluntários do HU, que disponibiliza ajuda financeira ao serviço para compra de cestas básicas, passagens de ônibus, medicamentos, roupas (brechó), material de higiene, entre outros.

Para atendimento da população em geral, o HU possui uma infra-estrutura composta de: um ambulatório, um banco de sangue, clínicas de internação médica, cirúrgica de emergência e de serviços complementares. Atualmente disponibiliza 246 leitos, que estão distribuídos em oito unidades: Clínicas Cirúrgicas I e II; Clínicas Médicas I, II, III; Maternidade; Ginecologia; Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Unidade Tratamento Dialítico (UTD); Emergência (adulto e infantil) e Pediatria.

Dispõe dos seguintes profissionais: Assistentes Sociais, Auxiliares e Técnicos de enfermagem, estagiários e residentes, Enfermeiros (as), Fisioterapeuta, Fonoaudiólogas, Nutricionistas, Psicólogos e Médicos nas áreas de: cardiologia, pneumologia, ginecologia, neurologia, gastroenterologia, cirurgia geral, urologia,

proctologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, anestesiologia, hematologia, dermatologia e outros.

O HU tem por missão preservar e manter a vida, promover a saúde, formar profissionais, produzir e socializar conhecimentos, com ética e responsabilidade social. E, por visão: “ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção à saúde e no trabalho” (HU, 2006)<sup>19</sup>.

Seu atendimento é exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e segue os princípios que regem a Lei n. 8080/90, Lei Orgânica da Saúde (LOS), atendendo demandas espontâneas de adultos e crianças das diversas classes sociais, e cidades do estado sem restrição.

### **3.1.2 Serviço Social no HU**

O Serviço Social faz parte da equipe de saúde do HU desde a sua fundação, procurando oferecer um atendimento capaz de contribuir para as reais necessidades da sociedade, visando compreender o sujeito na sua totalidade, uma vez que a questão da saúde não pode ser entendida de forma fragmentada. Suas funções principais são a prestação de serviços assistenciais concretos e a escuta qualificada no sentido de decodificar anseios e angústias da população atendida. Além disso, serve de ponte entre o usuário e a instituição, mediando a cultura dominante, do saber médico e a cultura popular do senso comum, vivenciada pelo usuário.

O Serviço Social no HU atua junto à equipe multidisciplinar, composta, além do Serviço Social, pelas áreas da medicina, enfermagem, técnicos de enfermagem, nutrição e psicologia. Destina-se às condições de acesso aos direitos, à defesa da cidadania e ao restabelecimento da saúde dos usuários que procuram essa instituição. A inserção do Serviço Social na saúde está presente durante toda a trajetória dos usuários, desde sua entrada para tratamento no ambulatório, na emergência e em internação e também presta atendimento à comunidade.

---

<sup>19</sup> Disponível em <<http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/>> Acesso em 03/07/08. Sem paginação.



As ações desenvolvidas pelo Serviço Social visam o bem estar dos adoecidos e familiares, através do esclarecimento de seus direitos, bem como informações sobre os meios de alcançá-los.

Atualmente a equipe de Serviço Social do HU conta com dez profissionais, além de uma funcionária, estagiários e bolsistas. O Serviço Social no HU está vinculado a Diretoria de Apoio Assistencial (DAA), ligada a Divisão de Apoio Assistencial (DVAA) juntamente com o Serviço de Farmácia, de Psicologia, Serviço de Prontuário do Paciente e Serviço de Nutrição e Dietética.

O HU, sendo um hospital público, atende toda a população conforme diretrizes do SUS. As pessoas que procuram e são atendidas pelo Serviço Social são, na sua maioria, usuários com baixo nível de escolaridade, baixa renda familiar, trabalhadores rurais e urbanos, desempregados, sub-empregados, aposentados, domésticos, migrantes entre outros. Esses usuários procuram o Serviço Social para solicitar assistência em diversas situações, principalmente em auxílios concretos e imediatos, como: alojamento, asilo, consultas, exames, alimentação para acompanhante, alimentação pós-alta, medicamentos, órtese, prótese, passagem, informações sobre o processo de internação, entre outros.

Diante desse recorte a missão do Serviço Social se constitui em:

Desenvolver ações profissionais em Serviço Social, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania. Atuar sob os valores do projeto ético-político do Assistente Social, realizando ações profissionais de assistência, ensino e pesquisa em saúde com qualidade. Contribuir para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para formação crítica, sólida e com competência (UFSC, 2006)<sup>20</sup>.

Para melhor efetivar essas ações o Assistente Social utiliza instrumentos técnico-operativos como entrevistas, reuniões, abordagens, visitas e contatos.

A entrevista é o momento em que o acolhimento do Assistente Social se efetiva junto ao paciente recém internado na Clínica; ela se constitui em um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. Além da coleta de informações, é também um momento de dinamização do diálogo entre dois sujeitos (CRESS, 2005, p.22).

---

<sup>20</sup> Disponível em <<http://www.hu.ufsc.br/~social/index.html>> Acesso em 03/07/08. Sem paginação.

Os instrumentais técnico-operativos são uma tentativa de penetrar na realidade do sujeito pesquisado. Segundo Sarmiento (2005, p.15) “é evidente que o conhecimento, por si só, não determina os procedimentos, particulares para a intervenção profissional, e vice-versa”. Portanto, é necessário um domínio de um aporte teórico que subsidie a prática, e “a intervenção profissional remete efetivamente a um conhecimento que a profissão historicamente desenvolveu e assimilou na divisão social do trabalho”.

A importância da atuação do Serviço Social no hospital é verificada na solicitação dos usuários e também pela equipe multiprofissional que constantemente busca a intermediação do Assistente Social para o atendimento de demandas que surgem no cotidiano de trabalho no HU.

### **3.1.3 Unidade de Internação Cirúrgica II**

Cada unidade de internação hospitalar do HU, inclusive a UIC II, é coordenada por um enfermeiro que se responsabiliza pela parte administrativa e de assistência de maneira geral. Da equipe fazem parte ainda outros enfermeiros responsáveis pela assistência e servidores do nível técnico em enfermagem, divididos em equipes menores, para cobertura dos três turnos de trabalho.

A unidades de internação é composta por 12 quartos, 3 com 4 leitos e 9 com 2 leitos. A UIC II abarca as seguintes especialidades clínicas: Proctologia, Urologia, Cirurgia Vascular Ortopedia e Plástica.

Para os acompanhantes existe, na unidade, uma poltrona reclinável para que este possa descansar e pernoitar. Na unidade de internação Clínica Médica III, há um banheiro disponível para os acompanhantes de todas as unidades realizarem sua higiene. Os acompanhantes de idosos, usuários com menos de 18 anos, e os demais cuja necessidade é triada pelo Serviço Social, recebem três refeições ao dia, no refeitório geral.

### **3.1.4 O atendimento às famílias na Unidade de Internação Cirúrgica II do HU**

Os serviços oferecidos pela UIC II são desenvolvidos por uma equipe de profissionais da saúde que direcionam suas habilidades técnico profissionais aos usuários internados e seus familiares. O trabalho em equipe se destaca pois, a partir de vários olhares profissionais e da troca de conhecimentos específicos, torna-se mais completa a abordagem e a compreensão da demanda trazida pelo mesmo, e conseqüentemente aumentam as possibilidades da resposta dada ser completa às necessidades não somente físicas como sociais e psicológicas (ASSUMPCÃO, 2007).

Assumpção (2007, p.64) traz, como fatores negativos ao trabalho multiprofissional a falta de comunicação entre os profissionais das equipes de trabalho, “que pode acarretar prejuízos para as pessoas atendidas, como ações sobrepostas, repetidas e até mesmo desnecessárias, causando grandes transtornos aos usuários”. Por isso é fundamental que a atuação esteja amparada no conhecimento dos membros da equipe, para que seja possível atingir as abordagens mais adequadas à condução dos casos. Muitas vezes, as equipes de saúde atentam basicamente o histórico trazido pelos adoecidos por meio dos relatos e os exames realizados anteriormente e “não se detêm no fato de que a ênfase nestes procedimentos e a incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão do caso produzem e reproduzem visões fragmentadas, desfocando a integralidade do paciente/usuário”.

O esforço da construção de um eixo comum entre os profissionais onde o usuário é o centro da atenção e das ações profissionais mostra-se como um desafio para as equipes. Para que isso ocorra, a interação também deve acontecer com um ou mais membros da família do usuário adoecido, através da presença de acompanhante cuidador.

É importante que a equipe se coloque à disposição deste acompanhante, procurando diminuir o estresse que a situação de adoecimento pode causar, reforçando as orientações do cuidado para que o acompanhante fique mais seguro para realizar as tarefas que podem ser desenvolvidas por um membro da família. A equipe também necessita ter a compreensão do momento em que essas ações devam ser realizadas, pois quando esses acompanhantes estão abalados emocionalmente, com sua linha flexível de defesa debilitada, a abordagem não deve envolver preocupação com os cuidados, deve centrar-se no apoio moral e psicológico (VIEIRA, 2007).

Vieira (2007) continua discorrendo sobre o cuidador afirmando que, para esse acompanhante, embora o ambiente hospitalar seja um local organizado com normas e rotinas e muitas vezes sem uma estrutura que atenda as necessidades dos familiares, a

família sente-se mais segura, devido ao aparato oferecido pela instituição no cuidado ao familiar, podendo tal sensação relacionar-se à insegurança de prestar essa ajuda em domicílio.

É fato que o número de leitos hospitalares não têm sido suficiente para comportar a demanda e muitas vezes o usuário permanece hospitalizado devido a problemas sociais, ou porque a família não está preparada para o cuidado no domicílio, fazendo com que a demanda reprimida continue crescendo. No entanto, o devido envolvimento do familiar no cuidado pode contribuir para a diminuição do problema, criando condições para que haja a continuidade do tratamento no domicílio. Os familiares acompanhantes necessitam de preparação para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Sabe-se que cuidar de pessoas enfermas não é uma tarefa fácil. Assim “os profissionais da saúde devem evitar expressar-se de modo que gere uma má interpretação, pois o acompanhante já está passando por um processo de crise e medo de cuidar, medo da perda da pessoa querida, o que leva a uma situação de estresse” (VIEIRA, 2007, p.71). O profissional deve buscar despir-se de qualquer tipo de preconceitos, pois a família é uma unidade bastante complexa, cada uma com sua história e características próprias.

Vieira (2007) expõe suas conclusões com a pesquisa realizada com cuidadores de pessoas idosas afirmando que o papel de cuidador principal na família, ou seja, qual pessoa vai dedicar mais tempo e atenção ao adoecido, é definido segundo a organização familiar, que é diferente em cada uma: em primeiro lugar vem a questão do gênero (geralmente é uma mulher), afetividade, grau de parentesco, idade, proximidade do domicílio, compromissos com trabalho e assim sucessivamente; porém, há casos em que o próprio idoso escolhe por quem quer ser cuidado, desconsiderando as premissas.

Todos os profissionais que atuam na UIC II interagem diretamente com os cuidadores, porém, é o Serviço Social que tem a função de fazer a mediação entre a família e a equipe. Quando um usuário é internado, ele recebe do Serviço Social as orientações sobre a rotina da unidade, orientações previdenciárias, sobre os seus direitos e seus deveres na condição de usuário do SUS, etc., e quando este está com acompanhante, as orientações são ainda mais específicas, informando locais para descanso, higiene e permanência do cuidador.

Assim, o atendimento às famílias é desenvolvido de modo que esta possa participar ativamente do processo de recuperação da saúde de seu familiar.

### 3.2 A PESQUISA

A produção do conhecimento advinda através da pesquisa qualitativa é fruto de uma análise decorrente de dados coletados que pertencem ao sujeito pesquisado, que é particular a este. Porém, não pode ser descolada de um todo, do macro, da dimensão social.

Martinelli (1999) afirma a necessidade de levar em conta alguns pressupostos para o uso de metodologias qualitativas em pesquisa. Um deles é o reconhecimento da singularidade do sujeito, por isso cada pesquisa é única, e se deve permitir que o sujeito se revele. Outro pressuposto é que essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito, isto quer dizer, que não basta observar só as circunstâncias de vida, mas sim o modo como este sujeito constrói e vive a própria vida. E, além disso o reconhecimento de que o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social.

A pesquisa em Serviço Social atenta para o significado atribuído ao objeto pesquisado que os sujeitos participantes conotam para ele. Isto quer dizer, que a realidade mostrada sob a ótica do pesquisado enriquece a análise e possibilita o reconhecimento da realidade.

Para que as informações sejam absorvidas na totalidade, é necessário atentar para a metodologia utilizada. Afirma Martinelli (1999, p.15) que, “como as metodologias qualitativas não são herméticas, não são excludentes, selecioná-las como recurso instrumental de trabalho abre-nos um campo fecundo de possibilidades”. No sentido literal, metodologia é a ciência integrada dos métodos. O método é o caminho racional para descobrir a verdade ou resolver um problema.

Entende-se por “metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2000, p.16). Para Minayo (2000, p.16), a “metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”. E ainda, considera que a metodologia deve “dispor de um instrumental

claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática”.

Durante a formação profissional acadêmica em Serviço Social existe a possibilidade, através do estágio, de aplicar as técnicas de pesquisa e, a seguir serão apresentados os resultados da pesquisa realizada nestas circunstâncias.

### **3.2.1 Procedimentos metodológicos**

O tema abordado neste estudo é a forma como as famílias dos usuários da saúde pública internados na UIC II do HU/UFSC se organizam para manter a presença de um acompanhante cuidador presente no hospital. Tal proposta trará oportunidade de obter informações que serão exploradas com o objetivo de entender o papel das famílias no processo de recuperação da saúde, desde como a família se organiza e desprende cuidados ao membro da família hospitalizado como também no pós-alta e em acompanhamentos ambulatoriais.

Este estudo buscou analisar a forma como as famílias se organizam com a situação de internação, que supõe ausência de dois membros, o internado e a pessoa cuidadora. Diante disso este trabalho pretende subsidiar teoricamente mudanças que facilitem a inserção e a permanência dos acompanhantes nos hospitais da rede pública, fornecer elementos para a discussão sobre a intervenção profissional do Serviço Social com as famílias dos pacientes, Sensibilizar os profissionais de outras disciplinas para a atenção à família dos pacientes e fomentar o debate sobre a participação das famílias no processo de recuperação da saúde, diante da perspectiva da atuação profissional.

Frente à estas questões, houve a necessidade de desenvolver uma pesquisa descritiva que visa delinear e descrever as características das famílias com pacientes internados e a intervenção profissional do Serviço Social nestas circunstâncias, e também uma pesquisa exploratória que, segundo Gil (1995, p.43), tem como objetivo principal aprimorar idéias e proporcionar uma visão geral sobre determinado fato. “As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática” (GIL 1995, p.44).

Para realizar esta pesquisa, foram utilizadas técnicas qualitativas, por meio de entrevistas semifechadas<sup>21</sup>, além da observação participante. É necessário considerar também que muito do que é exposto neste trabalho baseia-se na experiência de estágio na referida unidade de internação.

A pesquisa foi desenvolvida no período de maio e junho de 2008, concomitantemente com as atividades do estágio.

As entrevistas foram realizadas com acompanhantes de usuários internados na UIC II. A escolha dos entrevistados justifica-se por estas pessoas materializarem a reorganização da família. Para amostra deste estudo foram selecionados 30 familiares acompanhantes de usuários internados.

Esta unidade de internação é composta por trinta leitos, divididos por especialidades de atendimento e por sexo, dos quais 14 são femininos e 16 são masculinos<sup>22</sup>. É importante frisar que muitos dos usuários adoecidos, cujo familiar foi entrevistado, possuem mais de 60 anos, e também que existe um número alto de usuários que vêm de municípios de fora da grande Florianópolis.

Inicialmente foi observado quais usuários gozavam da presença de acompanhante. Desta forma, foram convidados tais acompanhantes, explicando os objetivos da pesquisa e as implicações éticas de proteção aos participantes do estudo que constam no Termo de Consentimento Livre Esclarecido<sup>23</sup>. Costumeiramente, apresentava-se o roteiro de perguntas e o Termo de Consentimento aos possíveis entrevistados, para que tivessem ciência de que tipo de pesquisa participariam. Todos os familiares contatados aceitaram participar, salvo acompanhantes que não podiam se ausentar dos cuidados ao familiar. Após o término da entrevista, havia a solicitação que, se estivessem de acordo que as informações pudessem ser utilizadas no estudo, assinassem o documento específico.

Todas as entrevistas aconteceram nas dependências da Unidade, na maioria das vezes na Sala de Aula, local destinado para atividades coletivas na UIC II, por este ser um local que geralmente encontrava-se sem uso. Porém, também foram realizadas entrevistas nos quartos e na área comum aos acompanhantes. A tentativa era construir e proporcionar um ambiente agradável para que o/a entrevistado/a ficasse à vontade e que não causasse constrangimentos. Como a experiência de abordagem aos acompanhantes

---

<sup>21</sup> Conforme roteiro disponibilizado em Apêndice A.

<sup>22</sup> Eventualmente, conforme a necessidade há a ocupação de leitos designadamente femininos por homens, e vice-versa.

<sup>23</sup> Conforme Apêndice B.

acontecia desde o início do estágio, no semestre de 2007.2, as entrevistas foram conduzidas com tranquilidade.

Durante a realização das entrevistas somente foram utilizados materiais para anotações escritas. Não se trabalhou com nenhum recurso de gravação de áudio, pois temia-se que gravadores pudessem intimidar o sujeito da pesquisa, e o objetivo era que a conversa fosse conduzida conforme as revelações que o acompanhante proporcionava.

Segundo Vieira (2007, p.45),

a entrevista semifechada é realizada através de um instrumento de pesquisa com tópicos relacionados ao tema de estudo, mas a interação entre pesquisador e pesquisando deve progredir e assim poderão surgir novos questionamentos para explorar e aprofundar o assunto. Nessa modalidade o entrevistador deverá ter em mente um referencial teórico, que o direcionará a outros questionamentos não estabelecidos no roteiro inicial.

Além das anotações que ocorriam durante a entrevista, para que nenhuma informação importante fosse perdida um relatório com as informações mais importantes era elaborado logo após o término da conversa com os acompanhantes.

A maioria das entrevistas aconteceu de forma muito tranquila, inclusive tornando-se um momento em que os usuários entrevistados utilizaram para sanar dúvidas. Foi também uma oportunidade de fortalecer os vínculos com os usuários.

Ainda foram utilizadas as técnicas de observação participante. Vieira (2007) afirma que a observação participante constitui a parte fundamental da pesquisa de campo, que permite captar fenômenos de uma situação social que não podem ser obtidos por meio de entrevista. E assim, em determinadas situações, por um período de tempo, o pesquisador participa da vida cotidiana do grupo a ser estudado.

Durante toda pesquisa também foi utilizado o prontuário clínico dos usuários, com dados referentes ao diagnóstico, a resultado de exames e as evoluções diárias dos profissionais da saúde. Essas informações foram importantes para complementação da pesquisa.

### **3.2.2 Apresentação e análise das informações coletadas**

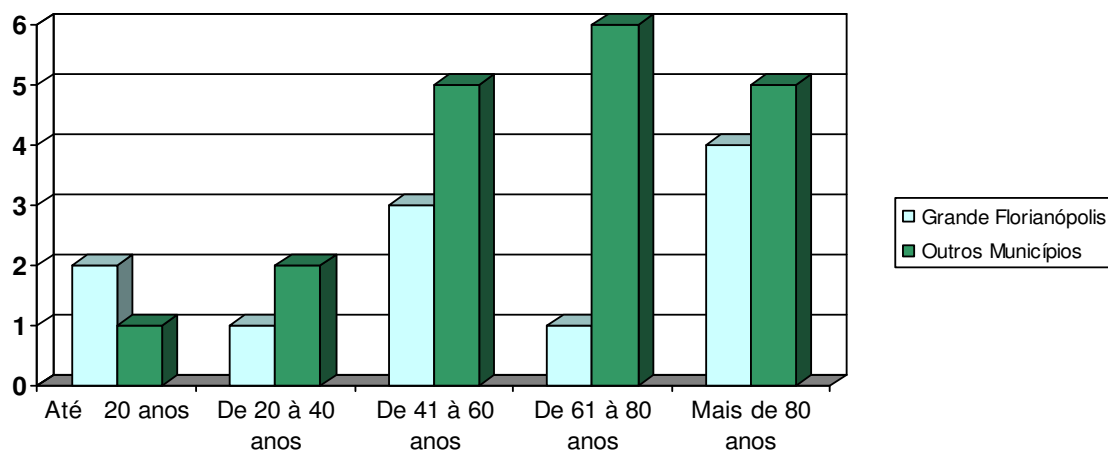


Conforme mencionado anteriormente, a pesquisa foi realizada nos meses de maio e junho de 2008 e contou com a participação de trinta entrevistados, todos acompanhantes de adoecidos internados na UIC II. A partir das informações coletadas nas entrevistas e através de observação participante, discorrem-se as análises a seguir. Serão apresentados na forma de gráfico, apenas alguns dados quantitativos e no que se refere às informações/respostas qualitativas, a análise será feita com referencial/aporte teórico.

Inicialmente, ilustrar-se-ão os sujeitos envolvidos. Serão apresentadas breves considerações sobre os adoecidos internados, visto que de forma indireta estes também participaram da pesquisa, e em seguida passa-se aos entrevistados – os acompanhantes. É necessário lembrar que estes sujeitos foram escolhidos de forma aleatória e as entrevistas aconteceram conforme a possibilidade de conciliação com as atividades do estágio da pesquisadora e também de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Ainda houve a primazia pelos acompanhantes de adoecidos com maior tempo de internação ou de tratamento, entendendo que estes dispunham de maior riqueza de informações e potencial de entendimento e uso dos serviços oferecidos.

Entre os adoecidos internados: 18 (60%) eram mulheres e 12 (40%) homens. Destes, 37% eram provenientes da Grande Florianópolis e o restante, 63%, de outros municípios do estado. Considerando as idades, nota-se que os idosos, pessoas com mais de 60 anos, são os que predominavam na internação da UIC II no período da pesquisa.

**Gráfico 01: Distribuição dos usuários por idade e por localidade de proveniência**



Fonte: Autoria própria.

Estes números fazem parte da contextualização dos dados da pesquisa, porém não pretendem caracterizar os pacientes internados na UIC II, posto que estes não são os entrevistados.

Também em decorrência da idade avançada dos sujeitos internados, 50% destes são aposentados ou pensionistas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Dos demais, 20% estavam recebendo auxílio-doença, 10% tinham emprego fixo (afastados sem auxílio-doença, sem necessidade de muitos dias de afastamento ou em situação ainda não definida com a empresa) e os demais (20%) não tinham renda fixa.

Destes adoecidos, 2 moram só, 7 moram com mais uma pessoas na casa (geralmente cônjuge), 9 residem com mais duas pessoas, 6 com mais três pessoas e 9 com cinco pessoas ou mais na casa. Sobre isto, podemos analisar que os usuários do SUS são, na sua maioria, famílias mais empobrecidas e que, como analisa Eliéte Lima (2006), possuem maior número de membros. Além de estas famílias terem mais filhos, nota-se ainda que existe uma composição variada, de membros com laços consangüíneos ou não. Lima (2006, p.30) explica, entendendo família como agregado doméstico<sup>24</sup>, que estas famílias podem ser caracterizadas como Agregado Doméstico de Família Alargada, que “compõe-se de casal com ou sem filhos com outras pessoas parentes ou não, pai ou mãe com ou sem filhos com outras pessoas e avós com netos com ou sem outras pessoas”, ou como Agregado Doméstico de Família Múltipla, que “trata-se de famílias com dois, três ou mais núcleos conjugal ou parental (agregado doméstico com mais de um núcleo)”.

Estas categorias também podem ser denominadas de famílias complexas ou “agregados de famílias complexas”. As formas de organização das famílias complexas são indicativas de um número maior de pessoas convivendo em um mesmo espaço, onde há a partilha de alimentação e de rendimentos, e ainda podem ser colocadas em três tipos ou variações:

---

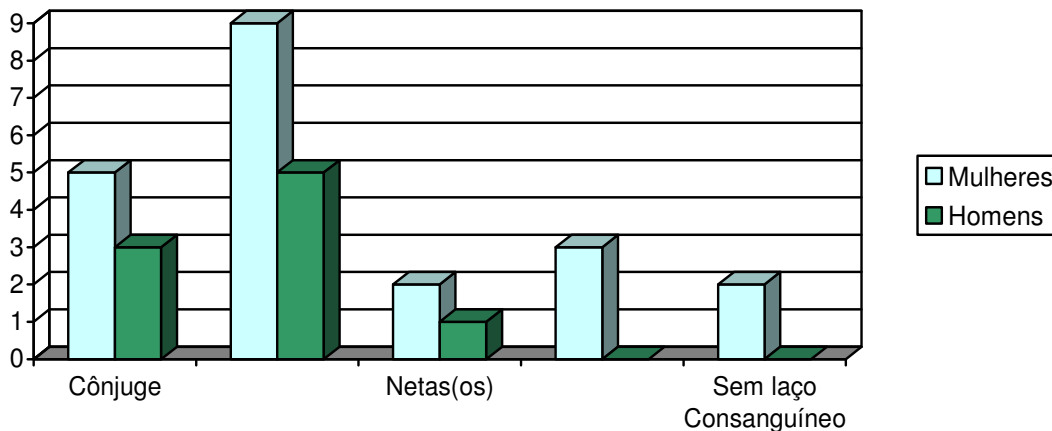
<sup>24</sup> “O entendimento de família como agregado doméstico tem como base compreender a família a partir da co-residência, ou seja, pessoas que têm uma convivência comum em um mesmo espaço habitacional, que pode ser chamado de casa” (LIMA, E., 2006, p.29).

- As famílias alargadas para cima são aquelas que contêm parente idoso com uma geração acima. O que se encontra com mais frequência é a presença de um pai ou mãe ou também de um tio ou tia.
- Famílias alargadas para os lados são aquelas onde há a convivência com parentes colaterais (irmãos, irmãs, primos, primas).
- As famílias alargadas para baixo são aquelas que convivem com parentes em linha de descendência, os netos (LIMA, E., 2006, p.31).

Destes usuários do SUS pesquisados, 12 são casados, 9 são viúvos, 4 são divorciados, 3 mantêm união informal e 2 são solteiros. Foram entrevistados acompanhantes de usuários com tempo de internação desde 2 dias até 40 dias.

Sobre os acompanhantes, dentro do universo dos 30 entrevistados, houve uma predominância, com relação ao parentesco com o adoecido, de cuidadores que são filhas ou filhos e de cônjuges do usuário internado, conforme mostra o gráfico a seguir:

**Gráfico 02: Distribuição dos cuidadores por sexo e grau de parentesco com o adoecido**

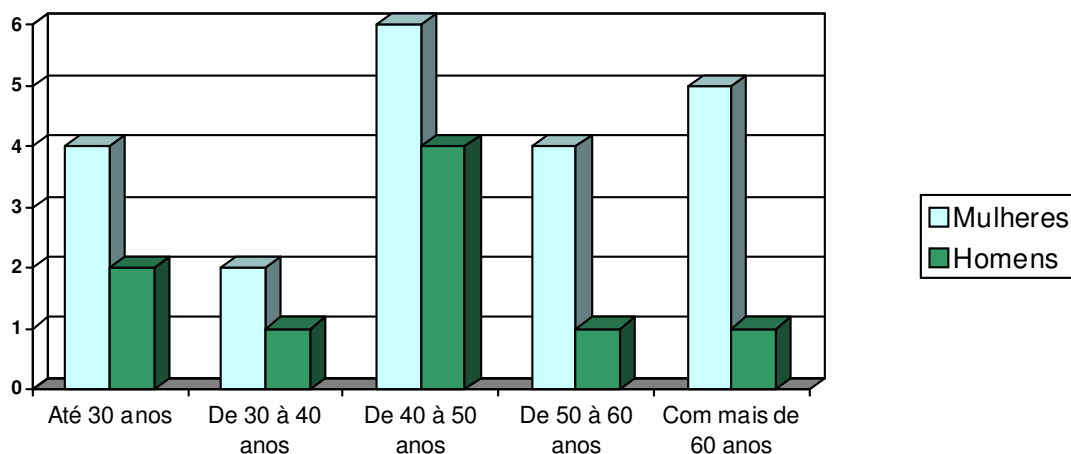


Fonte: Autoria própria.

As idades destes acompanhantes cuidadores variam entre 24 e 68 anos<sup>25</sup>, entre cônjuges da pessoa internada, filhos(as), netos(as), genros, noras, e pessoas sem laço consanguíneo, com grande predominância de, em todas as idades, mulheres cuidadoras.

<sup>25</sup> A única restrição com relação á idade é a não permissão de acompanhantes com menos de 18 anos.

**Gráfico 03: Idades dos acompanhantes cuidadores**



Fonte: Autoria própria.

As relações de gênero, refletem concepções de gênero internalizadas por homens e mulheres. Essas concepções, historicamente, colocaram a mulher no papel de cuidadora. Segundo Carloto (2001) a identidade é consequência e condição das relações. É pressuposta uma identidade que é re-posta a cada momento. Uma vez que a identidade pressuposta é re-posta, ela é vista como dada, e legitima-se nas relações sociais.

Heller (1987) afirma que em todas as sociedades que iniciaram sua vida associadas aos vários tipos de comunidades, a família representava a única esfera na qual a mulher participava de forma direta. Assim os cuidados com a saúde eram de exclusiva competência da mulher. “Cabia às mulheres ocuparem-se dos doentes, dos velhos, dos feridos e dos moribundos” (HELLER, 1987, p.8).

A divisão sexual do trabalho assume formas conjunturais e históricas, constrói-se como prática social, ora conservando tradições que ordenam tarefas masculinas e tarefas femininas, ora criando modalidades da divisão sexual das tarefas. À elas sempre coube o espaço doméstico, da educação, da saúde e do cuidado. E isto é o que vemos quando observamos o SUS hoje: são as mulheres as principais usuárias do sistema, as parturientes, as mães que levam os filhos ao médico, as cuidadoras dos idosos e doentes.

A assimetria nas relações de trabalho masculinas e femininas se manifesta não apenas na divisão de tarefas, mas nos critérios que definem a qualificação das tarefas,

nos salários, na disciplina do trabalho. A divisão sexual do trabalho não é tão somente uma consequência da distribuição do trabalho por ramos ou setores de atividade, senão também o princípio organizador da desigualdade no trabalho (CARLOTO, 2001).

A maioria destas cuidadoras também é casada (80%). Desta forma, além da sua presença ser necessária no hospital, ainda é socialmente entendida como sua função, cuidar da casa, do marido e de seus filhos.

Em relação à questão de renda, das(os) 30 acompanhantes entrevistadas(os), apenas cinco declararam receber mais de dois salários mínimos mensais de renda. Uma característica muito forte é de que, de acordo com a organização assumida pelas famílias, quem assume o papel de principal cuidador é quem está desempregada(o) ou as mulheres que se declaram “do lar”. Dos sujeitos pesquisados, 44% declararam não ter renda fixa e 41% receber menos ou valor igual a um salário mínimo.

As estatísticas sobre o número de pessoas residindo na mesma casa com o acompanhante cuidador também estão bastante associadas à classe pobre, pois a grande maioria possui mais de 4 pessoas na casa.

30% destes cuidadores moram na mesma casa que o familiar adoecido. Ainda tem um número significativo que mora nas proximidades da casa destes familiares. À este respeito vale destacar as famílias que se organizam de forma diferente: por um período de tempo o familiar adoecido fica na casa e sob os cuidados de um membro, e num período seguinte de outro. Geralmente isso acontece quando o adoecido é idoso e fica na casa dos filhos.

Apenas três entrevistados se declararam como cuidadores por ocupação. Estes são membros da família, com laços consangüíneos ou não, que foram designados para realizar tal tarefa. E os demais membros da família contribuem de outra forma, financeiramente, por exemplo. Isto não implica necessariamente em uma quantia financeira mensal para o cuidador, como um salário, mas sim que, consensualmente, a família se organizou de forma que um membro fica responsável pelos cuidados e os demais destinam seu tempo e/ou posses a outras ocupações. Nestes casos, geralmente, o familiar dependente dos cuidados enfrenta um longo período de tratamento, ou uma doença incapacitante. A atuação profissional da equipe nestas situações é facilitada, tendo em vista que as informações são centralizadas neste cuidador, e há um envolvimento e um comprometimento maior deste no tratamento.

Pode-se ilustrar a relação de um dos entrevistados com o familiar internado, de 78 anos: a acompanhante cuidadora é esposa de um neto do adoecido e tem dois filhos.

Mora no mesmo terreno que o idoso, porém não na mesma casa. Ambas as construções são de propriedade do adoecido. Esta cuidadora passa os dias com o idoso e com seus filhos, e as crianças vão para as instituições de ensino no período vespertino. Durante o tempo de internação do idoso os filhos da cuidadora ficam com a avó. Em “troca” dos cuidados despendidos ao idoso a família da cuidadora não paga aluguel e recebe auxílios financeiros esporádicos dos filhos do adoecido.

Para Vieira (2007, p.74), embora vários estudos e autores tenham mostrado que “na maioria dos casos um cuidador assume toda responsabilidade com o idoso, principalmente daqueles que se tornam totalmente dependentes, aumentando a demanda do esforço físico e psicológico”, o estudo realizado por ele com cuidadores de idosos “revelou que as famílias se organizam dentro de suas possibilidades e dos recursos de que dispõe, movida por sentimento de afetividade e ou de responsabilidade. Elas realizam as ações básicas para o cuidado com o idoso dentro de suas limitações”.

Nas outras famílias da pesquisa os cuidadores conciliam a sua vida pessoal (trabalho, filhos, cônjuges, estudos) com o papel de acompanhante.

Assim, pode-se listar diversas situações/saídas encontradas pelas famílias para distribuição do tempo entre sua rotina diária e o “cuidar”: negociação com a empresa para poder ausentar-se do trabalho, ao menos no período de internação, acertando como compensar o empregador após o período de urgência; ou simplesmente a perda de rendimentos quando o emprego não é fixo, como no caso de diaristas, de pessoas que fazem comida para vender em casa, pedreiros, autônomos; o acionamento da rede de proteção para deixar os filhos (a mãe, a sogra, uma prima); a vinda de uma familiar de outra localidade/município, que possa se desligar de seus compromissos; as situações e, que as crianças acabam faltando à escola, pois não têm quem as leve; entre outras tantas formas de atender à necessidade imediata que a família adota para acompanhar e cuidar da pessoa adoecida.

Conforme abordado na seção II, a situação de adoecimento e de internação é um gerador de estresse que atinge toda a família, tendo em vista a quantidade de medidas concretas que a família precisa tomar, inclusive financeiramente, bem como emocionalmente, com a preocupação e a insegurança trazidas com a doença.

Tomemos como ilustração alguns exemplos de relatos obtidos durante as entrevistas realizadas para a elaboração deste estudo.

Uma senhora de 75 anos internou-se por problemas vasculares. Esta mora com o marido, que também tem problemas de saúde e com um irmão que tem problemas

neurológicos, em uma cidade do interior. Durante a internação uma filha atentava para o tio, o pai e a casa, enquanto uma nora permanecia como cuidadora no hospital. Isto aconteceu durante vários dias, até que a nora apresentou problemas de saúde significativos, o que a impossibilitou de continuar como acompanhante. Então a filha da senhora internada veio até o hospital e outra filha afastou-se do emprego para dedicar-se aos cuidados do tio e do pai, até a alta hospitalar da mãe. Ela mudou-se temporariamente para a casa dos pais, levando consigo seus filhos, que por este motivo perderam alguns dias de aula. Não podemos esquecer que mesmo após a alta a senhora necessitou de cuidados. Neste caso podemos ver como a família pôde se organizar para despender cuidados aos membros, porém acarretou em uma mudança direta na vida de muitas pessoas, principalmente das mulheres que além de cuidar da pessoa doente, têm que dar conta de “cuidar” também dos outros membros da família que seguem suas atividades sem interrupção.

Não são raras as situações em que o familiar acompanhante apresenta problemas de saúde. Em muitas situações ambos, paciente e cuidador, recebem auxílio-doença. O acompanhante cuidador ideal não existe, o que existe são as possibilidades da família, por isso são presenciadas cenas em que o familiar acompanhante encontra-se tão debilitado que necessita de atendimento na Emergência ou volta para casa também com um quadro delicado de saúde. A situação de estresse expõe fragilidades e maximiza dificuldades já existentes. Além disso, existe a realidade das acomodações insuficientes que precisam ser enfrentadas pelos acompanhantes.

Em outro caso o doente era de um município da Grande Florianópolis. A sua esposa vinha visitá-lo durante as tardes, pois este era o momento em que seus dois filhos estavam nas instituições de ensino. Os seus filhos tinham 3 e 6 anos, e a preocupação em deixá-los era principalmente devido ao problema de saúde da filha mais velha. Deste modo, como a família não dispunha de recursos financeiros, a comunidade religiosa que eles freqüentavam auxiliava financeiramente com os custos das passagens de ônibus gastas todo dia até o hospital. Esta era a rotina enquanto o marido aguardava a cirurgia, porém, durante o pós-operatório esta cuidadora precisou deixar os filhos com amigos para poder passar mais tempo no hospital com o marido.

As redes de proteção estendem-se além das famílias e dos serviços oferecidos pelo Estado, passando em diversas situações pela crença religiosa. Muitos usuários do SUS têm a possibilidade de recorrer à igreja da qual são seguidores em momentos de necessidade.

A forma estrutural como a vida das comunidades mais financeiramente empobrecidas é organizada baseia-se nas redes de proteção. Os membros dessas redes não são considerados “da família”, porém possuem laços de carinho muito fortes, e o amparo é emocional, funcional com ajuda nas obrigações diárias, e ainda financeiro.

Não se pode perder de vista que a família também é um ambiente de conflito. Nos resultados da pesquisa percebeu-se que, por diversas vezes, o surgimento da doença acarreta brigas e desentendimentos entre seus membros. Importante salientar que, a resposta dos indivíduos às situações de estresse está relacionada diretamente com o conhecimento, empírico ou científico, que adquire durante sua vida.

O conflito foi relatado em alguns momentos, tais como: um membro assume, ou lhe é delegado, o papel de cuidador enquanto os demais membros se desresponsabilizam pelo cuidado. Com o prolongamento da internação o cuidador fica exaurido e cobra participação dos demais, que acaba gerando o desentendimento. Ou não tem coragem de cobrar esta participação e isto o abala emocionalmente.

A situação financeira delicada é estopim de inúmeros conflitos. A doença tem caráter emergencial e para cobrir seus gastos muitas vezes outras despesas e pagamentos são comprometidos. A decisão de prioridades não é nada fácil.

Vieira (2007, p.76) constatou, na sua pesquisa, a angústia das famílias devido a um estressor extrapessoal presente em muitos relatos.

A escassez de recursos financeiros é um fator que dificulta o cuidado ao idoso, pois muitos deles não recebem recursos financeiros da previdência pública e quando ficam dependentes necessitam de cuidados mais específicos e onerosos. Na rede pública de saúde os materiais que atendam essas necessidades básicas não são suficientes para a demanda de idosos dependentes e quando disponibilizados, exigem tempo de espera, ou entraves burocráticos impedem o familiar de consegui-los.

Uma cuidadora compartilhou em relato, durante a entrevista, a situação pela qual sua família estava passando. Ela morava com o marido e um filho em um município próximo de Florianópolis e a renda da família vinha da sua habilidade em fazer pães, os quais eram vendidos pelo marido. Com a internação de sua mãe, ela e o marido se revezavam como acompanhantes, porém isso prejudicava muito a produção dos pães e conseqüentemente, a renda familiar. A senhora internada tinha mais filhos, porém todos moravam no interior do estado, dificultando a vinda para a capital. Com o prolongamento da internação a situação financeira da família da cuidadora ficou muito



delicada, e começou a se cogitar a possibilidade de pedir auxílio aos demais filhos da adoecida. A cuidadora não se sentia confortável e se recusava a fazer isso, mesmo seu marido insistindo na necessidade, o que se transformou em um conflito.

Da mesma forma a situação financeira, agravada com a internação, foi motivo de preocupações à família de outro hospitalizado. Ele era autônomo, responsável principal pela renda e, com a internação, a família necessitou cortar gastos. Uma decisão do adoecido e de sua esposa foi cancelar o pagamento da mensalidade do computador e da internet do seu filho adolescente, que precisou de um tempo para aceitar a situação.

As entrevistas também mostraram a dificuldade dos adoecidos em aceitar sua condição e como os cuidadores conduzem a situação. Muitos se culpam pela doença e pela internação, preocupando-se com os compromissos que deixam de cumprir fora do hospital e com o trabalho que dão aos familiares. Isto foi verificado em alguns relatos, como o de uma cuidadora que contou que precisava convencer a adoecida a não interromper o tratamento. Essa era uma possibilidade considerada pela usuária internada porque ela se preocupava muito com as suas filhas, que estavam sob os cuidados do seu ex-marido.

Outros adoecidos, então, solicitam a presença de acompanhante, mostram sua dependência, mesmo quando a tarefa de acompanhar não é fácil para a família. Um senhor solteiro estava acompanhando por uma amiga, com a qual convivia na comunidade religiosa que ambos participavam. Esta cuidadora havia acordado com o adoecido que permaneceria no hospital até que sua presença não fosse imprescindível, quando retornaria para seu município e seus afazeres. Porém, sempre que havia a possibilidade da cuidadora voltar para casa o adoecido não permitia, ficava abalado, inclusive ocorrendo piora em seu quadro clínico. Durante a entrevista a acompanhante demonstrou claros sinais de esgotamento.

Outro ponto que foi evidenciado nas análises das entrevistas é a falta que o usuário internado faz ao sair temporariamente da dinâmica familiar. Por exemplo: se o usuário é quem leva para casa a renda mais significativa, o impacto da perda desta com a internação é muito grande. Ou então a pessoa internada é quem toma conta das crianças menores, e sua saída para a internação muitas vezes, modifica drasticamente a rotina das crianças.

Além das entrevistas, também de acordo com as experiências vividas no período de estágio, observou-se que a fragilidade do adoecido na condição de internado pode ser uma oportunidade para que os familiares resolvam conflitos de longa data. Se o

adoecido tomou atitudes que os machucaram no passado ou existem situações mal resolvidas, a internação pode ser vista pelos familiares como oportunidade de represália. Isso foi verificado, por exemplo, quando um senhor com problemas vasculares internou-se para amputação de um membro inferior. Este, segundo a acompanhante, havia abandonado a família há algum tempo, indo morar em outro estado e com a gravidade do seu quadro clínico voltou para a casa. A esposa desempenhava o papel de acompanhante, porém utilizava todas as oportunidades que tinha para acusar o adoecido, mostrar sua dependência e criava uma situação hostil. Nestas situações é importante que a equipe exponha claramente qual é o papel dos acompanhantes durante a internação.

Outro aspecto que é necessário pontuar é a insegurança dos acompanhantes com relação à recuperação pós-alta no domicílio. É fato que as informações necessárias são transmitidas pela equipe para o adoecido e para as famílias nos momentos que antecedem a alta, porém, a preparação para a saída do hospital deve ser iniciada desde o momento da internação, assim as informações podem ser assimiladas e as dúvidas sanadas ainda no ambiente hospitalar.

Vieira (2007, p.84) coloca a preocupação com a alta como um agravante no atendimento hospitalar. “É um estressor extrapessoal importante, pois as famílias se sentem desamparadas após a alta hospitalar, contribuindo como fator para as reinternações”. E ainda acrescenta que “sem um suporte básico, ou seja, a continuidade dessa parceria firmada durante a internação, as famílias não se sentem seguras para cuidar do seu dependente”.

Se forem fornecidas as informações apenas no momento da alta, a maioria dos dados importantes não serão absorvidos pelo acompanhante, sendo que, neste momento ele está mais preocupado e abalado emocionalmente, com toda mudança que essa situação gera [...] (VIEIRA, 2007, p.81).

O Serviço Social prepara a família para o período de internação quando faz as orientações nos leitos aos pacientes recém-internados, e a equipe, juntamente com os estudantes envolvidos no trabalho, frequentemente transmite informações aos usuários e seus acompanhantes. Porém, notou-se durante as entrevistas, que muitas destas informações não são assimiladas pelos usuários e pelas famílias, que passivamente, cumprem seu papel de receptores dos serviços.

Não é aqui questionada a posição da equipe quanto às informações, o que se

julga necessário pontuar é a maneira como estas informações são repassadas. Deve-se usar linguagem e forma de expressão compreensível, passível de assimilação pelos usuários. Não se deve esperar que os usuários façam questionamentos, pois isto dificilmente ocorrerá.

Os usuários acessam os serviços de saúde pública, porém isto não significa que eles possuem conhecimento sobre todos os recursos disponíveis. O papel da equipe multiprofissional, principalmente do profissional de Serviço Social, é fornecer as informações para que os usuários de tornem sujeitos de sua trajetória, conhecendo suas possibilidades.

### **3.2.3 Assistente Social e Cuidador/a – Uma parceria na promoção, prevenção e cura**

As análises decorrentes da realização desta pesquisa, junto aos acompanhantes e cuidadores, propiciaram um entendimento sobre como as famílias se organizam numa situação de adoecimento, como acontece a interação equipe - cuidadores e sobre como as pessoas se vêem como usuários da saúde pública, conforme será apresentado a seguir.

Sobre a representação dos usuários, Minayo & Souza (1989, p.78) pontuam que é necessário tomar como base

o fato de que as idéias dos usuários do sistema de saúde pública – geralmente segmentos da classe trabalhadora – têm como substrato a base material que lhes dá origem. Isto é, é a própria história de vida e luta desses segmentos, marcada pelo seu lugar na produção social de bens e serviços, e sua relação com o Estado, mediada, no caso específico, pelas políticas sociais de saúde.

Na etapa da entrevista em que se fez uma avaliação dos serviços oferecidos, questionando os usuários/cuidadores sobre “como vem recebendo tratamento no hospital?”, “como você se relaciona com os membros da equipe multiprofissional?” e “o que você acha dos serviços oferecidos?”, as respostas sempre eram positivas.

Quanto à equipe, sempre foram despendidos longos elogios, tanto com relação aos cuidados, quanto com o relacionamento com os usuários. Um comentário recorrente por parte dos entrevistados é que no HU os usuários são tratados com muita atenção pela equipe, e sobre isso uma das hipóteses é que acontece devido à presença de um grande número de estagiários. Em algumas circunstâncias os usuários ficam confusos e não conseguem distinguir quem é estudante e quem é profissional, mas na maioria das vezes sentem-se bem porque a equipe, principalmente os estudantes, devota-lhes atenção. O que novamente ilustra como a doença fragiliza os usuários, e é necessário, além dos cuidados físicos, apoio psicológico durante o processo de recuperação da saúde. Queixas pontuais foram mencionadas, sempre referindo-se a situações particulares com um membro da equipe.

Sobre os serviços também não foi diferente. Os relatos continham comparações com as outras instituições de saúde pública, e afirmações de que o HU tem muitas qualidades. Raramente os entrevistados expunham críticas, e quando o faziam, era referente à demora no atendimento (a lista de espera para as cirurgias, por exemplo) e a estrutura deficitária para acomodar os acompanhantes (como o fato de ter apenas um banheiro destinado ao banho dos acompanhantes). A maior parte dos usuários entrevistados se declarou gratos pela assistência recebida e não apontou falhas no atendimento.

Para as categorias de trabalhadores e a equipe multiprofissional, dessa opinião dos usuários adoecidos e seus acompanhantes, fica um sentimento de satisfação ao ouvir tais elogios, porém é necessário problematizar a postura destes usuários e entender como eles se vêem na posição de portadores de direitos.

Durante a entrevista, a acompanhante de uma senhora, quando questionada sobre “o que acha que deveria ser diferente na Unidade”, declarou que

*“Considerando que é SUS, é tudo muito bom.” (sic)*

A idéia de que o SUS é precário, difundida na sociedade, faz com que os usuários que chegam a ser atendidos se sintam privilegiados. Com a idéia que é difundida, muito usada para vender planos privados de saúde, de que a esfera pública é recurso para quem não tem outra opção, os usuários que dela necessitam e que recebem um atendimento digno agradecem quem os atendeu, personificando a qualidade do atendimento e reduzindo a universalidade do direito à relação individualizada paciente-

profissional. Uma fala de outra entrevistada, que esteve acompanhando sua mãe já em internações anteriores, ilustra isso:

*É um médico bom, ele me abraçou quando deu alta, não precisava abraçar. Gosto dele.” (sic)*

Ou então quando um usuário afirma que a equipe está

*“Sempre sorrindo pra gente, me tratam muito bem.” (sic)*

Acerca disso, Minayo & Souza (1989, p.89) afirmam que a situação precária da saúde pública é banalizada pela mídia e pela opinião pública em geral e é percebida, diagnosticada e faz parte do fatalismo da população. Isto “contribui como elemento substancial para configurar a percepção desse segmento da classe trabalhadora sobre as políticas sociais que lhe são dirigidas e sobre como o Estado constrói sua relação com ‘os pobres’”.

Com relação às representações sociais da classe dos trabalhadores, partimos do pressuposto de que elas são construídas no seu confronto com a classe dominante, mediado pelo Estado. E em termos de saúde-doença, os trabalhadores participam das idéias dominantes veiculadas pelo sistema oficial de saúde e criam ao mesmo tempo seus códigos alternativos de acordo com o lugar e a posição que ocupam na sociedade. Tudo isso se traduz no seu modo de vida (MINAYO; SOUZA, 1989, p.80).

A culpabilização do sujeito pela sua condição e a desresponsabilização do Estado frente às expressões da Questão Social contribui para que as situações como as de doença sejam extremamente danosas para o trabalhador. Comumente é atribuído ao indivíduo a responsabilidade pela sua sobrevivência e de sua família; diante disso a doença e a impossibilidade de trabalhar e de prover rendimentos, para os trabalhadores significa miséria e fome. “‘Estar com saúde’ do ponto de vista da prática de classe desses membros das classes trabalhadoras é estar em condições de trabalhar” (MINAYO; SOUZA, 1989, p.87). Isso pode ser constatado na fala de um usuário internado:

*“Tenho que sair logo daqui, voltar a trabalhar. A gente tá ganhando do governo, mas não é bom depender dos outros.”  
(sic)*

Não podemos deixar de pontuar que atualmente os serviços de saúde pública, organizados através do SUS, tem um caráter contra-hegemônico, que foi tão defendido pelos movimentos sociais na sua construção, diferente do discurso dominante, que dissemina a ideologia capitalista, onde os serviços são organizados de forma que a população trabalhadora tenha como meta manter a força de trabalho e sua energia produtiva. “Assim, de um lado, ela associa a cura à produção, e, de outro, ao consumo, tanto do ato médico como da medicação” (MINAYO; SOUZA, 1989, p.88)

Ainda segundo esta autora, a população usuária do sistema de saúde não é passiva. Nem mesmo com a aparente aprovação dos serviços presente nos resultados da pesquisa. Estes sujeitos são cidadãos, que enfrentam as intermináveis filas, as salas de espera, as enfermarias de emergências abarrotadas. São merecedores de serviços de qualidade e de atendimento humanizado.

Um passo contra a maré do conformismo é problematizar a atuação desenvolvida nos âmbitos institucionais e evidenciar o trabalho do Assistente Social como viabilizador das políticas públicas, facilitador do acesso aos direitos.

Durante o Estágio ficou evidenciada a questão referente ao crescimento do número de domicílios nos quais a mulher tem papel fundamental na manutenção econômica, com ou sem a presença do marido/companheiro, e ela ainda é na maioria das casas, a responsável pela esfera doméstica. A doença, nestas unidades familiares, tem ainda mais conseqüências. Esta situação se agrava entre os mais pobres, pela absoluta falta de acesso à formas de apoio como creches, escolas em período integral, moradias dignas e demais fatores que poderiam aliviar a sobrecarga das mulheres.

As políticas públicas devem acontecer de forma integrada, com ações voltadas para a família como um todo. Estas políticas importantes de apoio às famílias teriam um grande impacto na vida das mulheres numa perspectiva de gênero. Mas é necessário distinguir entre o que são programas que tem por alvo preferencial as mulheres e o que são “programas com perspectiva de gênero. Não é o fato das mulheres serem centrais nestes programas, que faz com que haja uma perspectiva de gênero ou enfoque de gênero” (CARLOTO, 2002, p.23). Este enfoque implica em ações que levem em conta a realidade das mulheres, com ações voltadas à sua superação das desigualdades.

Um ponto deficitário apontado pela entrevista na pesquisa é a falta de articulação entre os serviços e programas existentes. A comunicação entre o hospital e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), por exemplo, acontece apenas em situações específicas, e muitas vezes sem de fato fazer a articulação dos serviços. Uma comunicação mais eficaz entre os programas geraria mais segurança aos usuários. Sobre isso, um usuário entrevistado afirmou:

*“Ah, vocês podem falar com o posto? Que bom, porque da última vez eles não vieram fazer os curativos em casa, mesmo eu indo lá e pedindo, que o pai não podia caminhar.” (sic)*

Sobre isto, Vieira (2007) afirma que é necessário um pensar e agir da equipe, conectado com a rede básica, o que é muito importante para a continuidade da assistência. As ações da equipe multiprofissional devem ser realizadas de forma educativa, e devem chegar até os profissionais das unidades básicas de forma a contribuir para a qualidade do cuidado após a alta hospitalar.

Quando os usuários buscam no Serviço Social passagem de ônibus para o familiar de um internado conseguir chegar ao hospital diariamente, são realizadas as orientações e o encaminhamento para o CRAS, ao qual cabe o atendimento às famílias. Porém, algumas vezes, ou usuários retornam ao HU relatando que não conseguem acessar os serviços, normalmente devido à falta de recursos destes Centros.

O trabalho profissional do Serviço Social existe no HU de longa data e é reconhecido em toda a instituição, principalmente entre os usuários. A intervenção profissional do Assistente Social é direcionada para que os usuários sejam sujeitos de sua trajetória, para que possam realizar escolhas diante das possibilidades, escolhendo livremente entre as alternativas, em consonância com o projeto ético-político da profissão.

Considerar o atual projeto ético-político do Serviço Social remete apreender as ações profissionais em consonância com a perspectiva de transformação social, com a defesa intransigente dos Direitos e da democracia. Nessa perspectiva, a transformação tem por *finalidade*: construir um processo emancipatório que oportunize aos indivíduos se perceberem enquanto sujeitos em sociedade, capazes de questionamentos sobre a ordem social estabelecida e de reivindicar Direitos de modo a alcançar patamares cada vez maiores que permitam a satisfação de suas necessidades, sejam elas materiais ou culturais, buscando efetivar e ampliar sua cidadania. Tal finalidade se apresenta para a profissão como um horizonte paradigmático a ser

perseguido, ou seja, as ações profissionais têm um compromisso ético com esse horizonte e aos profissionais cabe estabelecer as mediações, no momento da operacionalização, que as aproximem dessa finalidade (LIMA, T., 2006, p.100).

As orientações que o Assistente Social destinada aos acompanhantes são importantes para que este cuidador seja protagonista no processo de recuperação da saúde de seu familiar. Mas as orientações também devem atentar os cuidadores para o auto cuidado. Além da fragilidade trazida com a doença e a permanência num ambiente passivo de infecções como é o hospital existe o desgaste físico de ficar no hospital por um longo período. O contato direto com os acompanhantes mostrou que, muitas vezes, eles se preocupam com o familiar adoecido e deixam de lado o auto cuidado, como afirmou uma cuidadora:

*“Agora a gente se preocupa com ele, eu descanso quando for pra casa, tô sentindo dor porque tenho problemas de coluna, e não trouxe remédio que chega, daí não tô tomando todo dia, mas quando chegar em casa eu melhora.” (sic)*

Considerar o acompanhante também como usuário do Sistema coloca, como demanda para o Serviço Social, observar a trajetória desses sujeitos, atentando para situações que necessitam de intervenção. Muitas vezes os cuidadores não se vêem como usuários, consideram somente o familiar internado como portador de direitos dentro do hospital, e não se manifestam quando têm algum problema.

A fala dos entrevistados evidencia que o profissional de Serviço Social é visto como alguém que pode orientar, com quem os usuários podem conversar sobre suas dificuldades. Existe no trabalho desenvolvido no HU primazia pelo vínculo criado com os usuários, que contribui para que, durante as entrevistas e atendimentos, a partir da fala dos usuários, a profissional possa identificar as demandas.

Em várias das situações tomadas como exemplos no item anterior a intervenção profissional foi importante e mudou a trajetória dos usuários no processo de recuperação da saúde. Por ser um profissional que atua diretamente com as famílias, o Assistente Social é visto como um parceiro dos acompanhantes.

A UIC II conta com a presença da Assistente Social durante as tardes, algumas horas por dia. As demandas que surgem no período matutino são direcionadas ao Plantão de Serviço Social do HU. Neste sentido, a atuação interprofissional é muito importante, pois são firmadas parcerias para suprir a falta de um profissional em tempo



integral. Os profissionais de enfermagem, por exemplo, que têm contato direto com os usuários, são grandes parceiros do Serviço Social na identificação de demandas. Porém, vale destacar que isso não substitui a presença do profissional habilitado.

Uma medida que qualificaria os serviços oferecidos é uma aproximação entre as profissões, que mesmo trabalhando com os mesmos sujeitos e no mesmo ambiente, ainda compartilham pouco seus conhecimentos.

Enfim, uma profissão que tem como um dos princípios fundamentais no seu Código de Ética o “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (BRASIL, 1993) trabalha no sentido de fortalecer a políticas públicas, buscando alternativas para que se efetive uma atuação de qualidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo não teve a pretensão de entender as dinâmicas familiares nem explicar a trajetória dos usuários do SUS, mas sim, fornecer elementos para um debate acerca da forma como as famílias usuárias das políticas públicas recebem os serviços e como se organizam diante da necessidade e das possibilidades.

Julgou-se necessário, para entender e avaliar os serviços oferecidos, fazê-lo sob a ótica dos usuários. Essa era a idéia inicial, fazer uma pesquisa com o intuito de questionar as famílias sobre sua avaliação dos recursos oportunizados. No entanto, após um período de reflexão, estruturou-se um projeto de pesquisa que almejava compreender como as famílias se organizam nas situações de saúde-doença, entendendo que isso possibilitaria um maior conhecimento sobre os usuários da política e, de forma crítica, uma avaliação sobre a forma como os serviços de saúde atingem os usuários.

O objetivo então, na busca de entender as famílias, era trazer condições para refletir sobre a oferta de serviços e a possibilidade de aperfeiçoá-los.

Os caminhos percorridos ao longo da elaboração deste trabalho mostraram que o conhecimento dos sujeitos com quem se trabalha é fundamental, para que a intervenção profissional adquira alguma efetividade, especialmente quando se trata de família. Conhecer a família a partir da sua própria perspectiva, ou conhecê-la por “dentro”, adquire especial relevância principalmente porque a família é colocada como suporte principal para a garantia da proteção de seus membros. Nessa perspectiva, conhecer as famílias significa conhecer os sujeitos à quem são destinados os serviços e também se aproximar de sua realidade e da forma como no dia-a-dia operacionalizam a proteção social.

A trajetória dos usuários do SUS não acontece somente durante a internação. Muitos trazem na bagagem experiências de diversas outras ocasiões em que necessitou da saúde pública. E a vivência dos usuários não pode ser desconsiderada no seu atendimento.

As respostas obtidas com as entrevistas evidenciam satisfação com os serviços oferecidos. Isto é muito positivo, porém, foi problematizado no sentido de entender o motivo dessa satisfação. Os cidadãos financeiramente empobrecidos são privados de oportunidade na sociedade, não têm seus direitos reconhecidos, são discriminados e culpabilizados pela sua condição. O SUS é uma política pública que carrega um caráter

contra-hegemônico, universal e igualitário. E, dentro disso, o HU possui uma boa estrutura para o atendimento, considerando as demais instituições de saúde. Então, pode-se concluir que, devido à tanto descaso, quando os usuários conseguem ser atendidos e ter suas demandas superadas, expressam esse sentimento de satisfação.

A realidade da cena política brasileira é de uma população que não atua com postura reivindicatória e de luta, mas sim com passividade e sentimento de fatalismo. Nesse sentido, insistiu-se numa análise crítica das respostas acerca da receptividade dos serviços.

A família, mesmo apresentando diferentes formatos, continua sendo responsabilizada pela sociedade e continua cumprindo o papel que lhe foi destinado na reprodução social, não só no sentido de garantir a reprodução da espécie, como também com a função de cuidar e proteger seus membros. Porém, a forma de exercer a proteção social por parte desta apresenta variações de acordo com a porção de responsabilidade que a própria sociedade destina para si, nessa área.

O presente estudo também permitiu constatar que a intervenção profissional do Serviço Social acontece sempre permeada por um aspecto pedagógico. As ações sócio-educativas desenvolvidas pelos Assistentes Sociais ocorrem dentro de uma extensa rede de serviços, principalmente na área da saúde.

O projeto ético-político do Serviço Social é a base de sustentação para a atuação profissional. Sua expressão maior é o Código de Ética profissional, elaborado a partir de discussões articuladas em torno da democracia, que é tomada como valor ético-político central, onde se encontram os princípios fundamentais norteadores do agir profissional dos Assistentes Sociais. Estes profissionais têm como principal objetivo do seu trabalho a defesa, o acesso e a garantia dos direitos sociais dos usuários e suas famílias. Faz parte dos princípios a defesa intransigente dos direitos humanos, opção por um projeto profissional vinculado ao processo de formação de uma nova ordem social e articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código (BRASIL, 1993).

A superação dos desafios postos ao Serviço Social e à outras profissões na busca da garantia dos direitos dos cidadãos parte da necessidade de projetar e empreender uma prática, tendo em vista a participação consciente e de qualidade no enfrentamento da orientação econômico-social rumo aos interesses históricos da classe trabalhadora. Para tanto, é necessário desenvolver práticas efetivamente condizentes com o referido projeto.

Através deste trabalho percebeu-se que a inserção do Assistente Social no trabalho das equipes multiprofissionais pode ser considerado uma conquista de espaço que contribuiu muito para que a intervenção dos profissionais seja ancorada em uma visão ampla sobre o sujeito, considerando sua trajetória social e a bagagem de conhecimento que este carrega consigo.

A prática interdisciplinar não é uma tarefa fácil, pois exige dos seus membros uma troca mútua e uma visão ampla direcionada às ações desenvolvidas. A cultura de trabalhar em profissões essencialmente disciplinares torna a iminência de trabalhar em equipe uma tarefa difícil.

A meta proposta é uma maior interação entre as profissões, na busca de um trabalho cada vez mais próximo do que se denomina interdisciplinar, pois acredita-se que assim será possível superar a fragmentação do atendimento e aumentar a qualidade dos serviços oferecidos. Os desafios para a efetivação da interdisciplinaridade necessitam ser, assim como fez esse estudo, cada vez mais explorados.

Com relação à formação profissional, o desenvolvimento deste trabalho exigiu que os conhecimentos adquiridos ao longo da trajetória acadêmica fossem resgatados, demandando organização das informações já existentes e, conseqüentemente, a reflexão e criação de novos conhecimentos. Realizar a pesquisa e estruturar um trabalho científico foram tarefas que proporcionaram “amarrar” o aprendizado ocorrido durante a graduação.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J. G. A doença aguda e a família. In: BURD, M.; MELLO FILHO, J. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.1, 2004, p. 245-249.

ASSUMPTÇÃO, P. F. S. A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2007.

BARROS, N. A. El análisis de las políticas sociales desde una perspectiva familiar. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 49, 1995. p. 117-132.

BORBA, J. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. In: **Revista Katálysis**, 1998. p. 19-27.

BRASIL. Carta Constitucional. 1988.

\_\_\_\_\_. Código de ética profissional dos Assistentes Sociais. CFESS. Disponível em <[http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao\\_etica\\_cfess.pdf](http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf)>, Acesso em 31/07/2008.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1342)>. Acesso em 20/06/08.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al. **Saúde e Serviço Social**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CAJUEIRO, J. P. M. **Saúde Pública no Brasil nos anos noventa: um estudo da política e de seus limites e condicionantes macroeconômicos**. Dissertação de Mestrado em Economia Social e do Trabalho. Campinas, 2004.

CAMPOS, E. P. Suporte social e família. In: BURD, M.; MELLO FILHO, J. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.1, 2004. p. 141-161.

CARLOTO, C. M. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. In: **Serviço Social em Revista**. Universidade Estadual de Londrina. v.3, n.2. Jan/Jun 2001.

\_\_\_\_\_. Políticas Públicas, Gênero e Família. In: **Serviço Social em Revista**. Universidade Estadual de Londrina. v.5, n.1 Jul/Dez 2002.

CARVALHO, M. C. B. A priorização da família na agenda da política social. In: KALoustian, S. M. (org) **Família Brasileira, a base de tudo**. 4ª ed. São Paulo: Cortez. 2000, p. 93-108.

CASTRO N. A. Trabalho, cultura e sociedade: reflexões a partir do conceito de "cultura operária" In: **Política e Trabalho**. n. 13, Set/1997, p. 01-18.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia, o discurso competente e outras falas.** 10ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CORREIA, A. **O Serviço Social na Unidade de Neonatologia do Hospital Universitário: um estudo das expressões da questão social no Método Mãe Canguru.** 87f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

CRESS. A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. In: **Caderno de Texto n.º. 07.** CRESS 12ª região, 1995.

DAMAS, K.C.A; MUNARI, D. B; SIQUEIRA, K. M. **Cuidando do Cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02. Disponível em <[www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>. Acesso em 24/06/2008. 2004. p.272-278.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** Tradução de L. H. Morgan. São Paulo: Civilização Brasileira. 7ª ed. 1981.

EUZÉBIOS FILHO, A. **Consciência, Ideologia e Pobreza: sociabilidade humana e desigualdade social.** Dissertação de Mestrado em Psicologia. PUC, Campinas, 2007. 160 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1995.

GUEIROS, D. A. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. In: **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo:Cortez, n. 71, ano XXIII. 2002.

JESUS, C. S. de. O Serviço Social e as ações sócio-educativas com famílias: um estudo sobre as publicações dos assistentes sociais. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social.** Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2005.

KARSCH, U. M. . Cuidadores Familiares de Idosos: parceiros da equipe de saúde. In: **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, v. 75, n. Especial, 2003. p. 103-113.

HELLER, A. A concepção de família no Estado de Bem Estar Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, n.24, 1987. p.05-32.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Disponível em <<http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/>> Acesso em 03/07/08.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade.** 9 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

ISMAEL, S.M.C. A família do paciente em UTI. In: In: BURD, M.; MELLO FILHO, J. **Doença e Família.** São Paulo: Casa do Psicólogo, v.1, 2004, p. 251-257.

LIMA, E. M. de. A Proteção Social no Âmbito da Família: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2007.

LIMA, T. C. S. de. As ações sócio-educativas e o projeto ético-político do Serviço Social: tendências da produção bibliográfica. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2006.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINS, E. **A política de saúde e o serviço social: contribuição teórica para a intervenção interdisciplinar junto a pacientes com neoplasia maligna**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MELLO FILHO, J. Doença e família. In: BURD, M.; MELLO FILHO, J. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.1, 2004, p. 43-55.

MELO, A. I. S. C. & ALMEIDA, G. E. S. de. Interdisciplinaridade: possibilidades e desafios para o trabalho profissional. In: **Módulo 4: O trabalho do Assistente Social e as políticas sociais**. Brasília: CEAD, 1999. p. 227-239.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **O Distrito Sanitário**. São Paulo: Hucitec – Abrasco. 2ª Edição, 1994, pp.19-87.

MINAYO, M.C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C. S. et al (Org.), **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. 17 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M.C.S; SOUZA, H.O. Capítulo III Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N.R; MINAYO, M.C.S; RAMOS, C.L; STOTZ, E.N. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Vol. II, Movimentos sociais e cidadania. Petrópolis: Vozes, 1989.

MIOTO, R. C. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em serviço social e política social. Módulo 4 – o trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000. p.217-224.

\_\_\_\_\_. Família e Serviço Social – Contribuições para o debate. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. Ano XVIII, n.55, nov/1997. p.114-130

\_\_\_\_\_. Novas Propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sóciofamiliar. In: SALES, M. A. (org). **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2006. p.43-59.

MORAES, A. C. **A percepção que os trabalhadores da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – DR/SC têm da Previdência Social Pública e Privada: “Contribuições na ampliação dos direitos de cidadania”**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

NARVAZ, M. G. & KOLLER, S. H. **A concepção de família de uma mulher-mãe de vítimas de incesto**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722006000300008&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000300008&lng=e&nrm=iso&tlng=e)>, Acesso em 29/06/2008.

OSÓRIO, L.C. A Família como sistema. In: BURD, M.; MELLO FILHO, J. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.1, 2004, p. 29-42.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil, uma pequena revisão**. 2006. Disponível em <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>. Acesso em 13/05/2008.

POLO, V. C. P; PASTOR, M. O Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde. In: **Serviço Social em Revista**. Universidade Estadual de Londrina. v.9, n.1 Jul/Dez 2006.

RAICHELIS, R. **10 anos depois da Constituição Cidadã**. Revista Inscrita, Conselho Federal de Serviço Social, ano 2, n.3, 1998, p. 19-26.

RICARDO, D. I. **Adoção Pronta: Proteção à criança e ao adolescente ou ilegalidade disfarçada?** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. 93f.

SANTOS, S.M.A. **Idosos, família e cultura**. Um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

SARMENTO, H. B. M. Repensando os instrumentais em Serviço Social. In: **Textos de teoria e prática em Serviço Social – Estágio profissional em Serviço Social na UFPA**. Belém: Ed. Amazônia/UFPA, v.1, 2005.

SECCO, S. M. S. **A Importância da Intervenção do Serviço Social para o Cliente Internado na Rede Hospitalar UNIMED Florianópolis**. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TEIXEIRA, A. M. de P. Reforma e Contra-reforma da Previdência Social no Brasil de hoje. In: **Revista Katálysis**. Florianópolis: Ed. UFSC, nº 5, 2001, pg. 49-62.

UFSC. Currículo do Curso de Serviço Social. Disponível em <[http://www.servicosocial.ufsc.br/01\\_departamento\\_curriculo.php](http://www.servicosocial.ufsc.br/01_departamento_curriculo.php)> Acesso em 26/07/08.

VIEIRA, G. de B. **O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,



Florianópolis, 2007. 112 p.

ZAGONEL, I.P.S. **O cuidado humano na trajetória de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.7, n. 3, p. 25-32, julho 1999.

\_\_\_\_\_. **O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transacionais humanos.** Acta. Paul. Enf., São Paulo, v.11, n.2, p.56-63, 1998.

WESTPHAL, M. F. & ALMEIDA, E. S. de (Orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

WIKIPÉDIA, A enciclopédia livre. **Doença.** Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Doen%C3%A7a>>. Acesso em 23/07/2008.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

# ENTREVISTA

## **Paciente:**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Estado Civil: ( ) solteiro  
( ) casado  
( ) viúvo  
( ) separado  
( ) união informal
4. Onde reside: \_\_\_\_\_
5. Com quem: \_\_\_\_\_
6. Quantas pessoas na casa: \_\_\_\_\_
7. Tempo de internação: \_\_\_\_\_
8. Diagnóstico: \_\_\_\_\_
9. Ocupação: \_\_\_\_\_
10. Renda: ( ) até 1 salário mínimo  
( ) De 1 a 2 salários mínimos  
( ) De 2 a 3 salários mínimos  
( ) Acima de 3 salários mínimos

## **Acompanhante:**

11. Idade: \_\_\_\_\_
12. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
13. Estado Civil: ( ) solteiro  
( ) casado  
( ) viúvo  
( ) separado  
( ) união informal
14. Onde reside: \_\_\_\_\_
15. Com quem: \_\_\_\_\_
16. Quantas pessoas residem na casa:  
\_\_\_\_\_
17. Moradia: ( ) própria ( ) Cedida ( ) Alugada  
( ) alvenaria ( ) Madeira ( ) Mista ( ) Apto

saneamento básico:

---

18. Renda:  Até 1 salário mínimo  
 De 1 a 2 salários mínimos  
 De 2 a 3 salários mínimos  
 Acima de 3 salários mínimos

19. Grau de parentesco com o paciente:

---

20. Escolaridade:

---

21. Ocupação:

---

22. Carga horária:

---

23. Situação do emprego:  Formal  Informal

24. Como faz para ausentar-se do trabalho?

---

25. Como faz para vir ao hospital?

- Carro próprio  
 Ônibus convencional:
- 

- Transporte municipal  
 Transporte familiar  
 Outros:
- 

26. Quem está arcando com as suas despesas?

---

27. Recebem algum auxílio/benefício?

---

28. É o único acompanhante?  sim  não

29. Os familiares se revezam?  sim  não

30. De que forma?

---

31. Quem mais fica com o paciente?

---

32. Como os outros membros da família se organizam?

---

---

33. Tem filhos? Estão sob os cuidados de quem?

---

34. Quem será o cuidador após a alta hospitalar?

---

35. Onde ele ficará até a plena recuperação?

---

36. Como o paciente se insere na dinâmica familiar?

---

-

---

37. Qual o seu papel no tratamento do paciente durante a internação hospitalar?

---

38. Como se sente na situação de acompanhante?

---

39. Como vem recebendo tratamento no hospital?

---

40. Como você se relaciona com os membros da equipe multiprofissional?

---

41. Tem conhecimento sobre a situação do paciente?

---

42. Tem recebido informações?

---

43. Como avalia o tratamento destinado ao paciente:  
( ) ótimo ( ) bom ( ) ruim ( ) péssimo

Obs: \_\_\_\_\_

---

44. Como avalia o tratamento destinado aos acompanhantes:

( ) ótimo ( ) bom ( ) ruim ( ) péssimo

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

45. O que acha que deveria ser diferente na

unidade? \_\_\_\_\_ -

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

46. O que você acha dos serviços oferecidos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
ESTUDOS E PESQUISAS





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL  
CLÍNICA CIRÚRGICA II

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTUDOS E PESQUISA**

Declaro para os devidos fins que eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,

venho por meio deste documento, consentir a utilização de dados referentes à minha pessoa como fonte de informação para estudos e pesquisas, incluindo o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica Sidonia Zapelini Kazlowski, desde que respeitado o sigilo quanto a identificação e resguardada a idoneidade da pesquisa.

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Ass: \_\_\_\_\_