



RATIO – FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA ELIDIANE DA SILVA ALVES

**O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: IMPASSES E
DESAFIOS**

FORTALEZA

2017

MARIA ELIDIANE DA SILVA ALVES

O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: IMPASSES E
DESAFIOS

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos

FORTALEZA

2017

MARIA ELIDIANE DA SILVA ALVES

O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: IMPASSES E
DESAFIOS

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos
Orientadora – Faculdade Ratio

Prof^a. Ms. Rosa Ângela de Brito Falcão
Avaliadora – Faculdade Ratio

Prof.^a Esp. Francisca Emmanuella Saraiva Martins
Avaliadora – Faculdade Ratio

À minha mãe, mulher, guerreira,
companheira, sempre se dedicou aos
filhos e ensinou o valor das nossas
conquistas através do trabalho
contínuo e ao respeito ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero manifestar minha gratidão a Deus!

Aos meus pais e às minhas irmãs, pelo carinho, amor e paciência que sempre me dedicaram.

A toda minha família, que direta ou indiretamente torceram por mim desde o dia que passei no vestibular.

Aos amigos que fiz durante estes quatro anos de curso, os quais qual prefere não citar nomes para não correr o risco de se esquecer de alguém, obrigada por me apoiarem e pela amizade.

À minha orientadora pela dedicação neste trabalho, e aos outros professores por aceitar prontamente a participar de minha banca.

Cada um de nós escreve com cuidado o capítulo da própria vida, mas nem todos nós somos capazes de vê-los com os olhos do coração. Porque quando entendemos uma passagem desse livro, quando percebemos que ela está ali por algum motivo maior, então ela é muito mais do que um amontoado de palavras ou acontecimentos. Ela passa a fazer parte daquilo que somos na essência.

Miguel Falabella

RESUMO

O Serviço Social na área da saúde apresenta um breve histórico da trajetória e criação em todo o mundo, e, especialmente no Brasil, sua evolução abriu portas para a atuação do profissional em diversas áreas. Apesar de todos os obstáculos que o assistente social enfrentou até ser reconhecido como profissional de saúde de nível superior somente em 1997, apesar de este ter atuado nesta área há vários anos. Nesse sentido, o presente estudo buscou compreender as mudanças que a atuação do assistente social ocasiona no âmbito hospitalar e a relação do profissional com o paciente internado e seu acompanhante. Faz-se necessário apresentarmos, também, os seguintes objetivos específicos: conhecer que é desenvolvida a atuação do assistente social no âmbito hospitalar; identificar os fatores causadores dessas mudanças; apontar em que consistem as dificuldades e impasses encontrados pelo assistente social no hospital. Para a realização desta pesquisa utilizamos uma metodologia de cunho qualitativo, além de pesquisa bibliográfica. Este estudo nos possibilitou conhecer a trajetória da saúde no Brasil, e como se deu a implantação do atual sistema de saúde o SUS, e as mudanças que ocorreram durante este período. Além disso, foi possível verificar como se dá a atuação do assistente social na área da saúde principalmente em hospitais e as políticas públicas que estes profissionais se utilizam em seu cotidiano lidando com pacientes internados e seus acompanhantes. Salientamos que entender a dinâmica de trabalho do profissional assistente social no âmbito hospitalar é de fundamental importância, pois suas ações estão diretamente ligadas às garantias de acesso aos direitos.

Palavras-chave: Serviço Social; Paciente; Acompanhante.

ABSTRACT

The Social Service in the health area presents a brief history of the trajectory and creation of Social Service throughout the world and especially in Brazil, and its evolution that opened doors for the professional's performance in different areas such as health and all the obstacles that the Social Worker faced up to being recognized as a top-level health professional only in 1997 although he has been working in this area for several years. In this sense, the present study sought to understand the changes that the social worker performs within the hospital environment and the professional relationship with the hospitalized patient and his / her companion. It is also necessary to present the following specific objectives: to understand the changes that the social worker's work has undergone within the hospital, to identify the factors that caused these changes and to point out the difficulties and impasses encountered by the social worker in the hospital. For the accomplishment of this research we use a methodology of qualitative character, besides bibliographical research. This study allowed us to know the health trajectory in Brazil, as well as the implantation of the current health system SUS, and the changes that occurred during this period. In addition, it was possible to verify how the Social Worker works in the health area, mainly in hospitals and the public policies that these professionals use in their daily lives dealing with hospitalized patients and their companions. We emphasize that understanding the work dynamics of the professional social worker in the hospital environment is of fundamental importance, since their actions are directly linked to the guarantees of access to the rights.

Keywords: Social service; Patient; Accompanying.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde
CIMS	Comissões Interinstitucionais Médica de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CRESS	Conselho Regional Estadual do Serviço Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS/SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL COMO POLITICA PÚBLICA.....	22
2.1 Contextualização da política de saúde	23
2.2 Implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)	25
3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	31
3.1 Contextualização histórica do serviço social na saúde	32
3.2 O serviço social como profissão	34
4 O SERVIÇO SOCIAL E A DINÂMICA HOSPITALAR	41
4.1 Relação paciente e assistente social	43
4.2 Relação assistente social e família	50
4.3 O assistente social frente à perspectiva de morte	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS.....	60

1 INTRODUÇÃO

A referida monografia pretende compreender como se dá a atuação do assistente social dentro do âmbito hospitalar, com seus impasses e desafios. Além disso, conhecer como é desenvolvida a atuação do assistente social no âmbito hospitalar, identificar os fatores causadores dessas mudanças e, apontar em que consistem as dificuldades e impasses encontrados pelo assistente social no hospital; propostos nesta investigação.

O Serviço Social enquanto profissão adentrou de forma significativa na área da saúde em meados de 1940, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) elabora em 1948, um “novo” conceito de saúde, que passa a requisitar diferentes práticas profissionais, dentre os quais, o assistente social para atuarem na área da saúde em uma perspectiva multidisciplinar. Tais requisições decorrem em parte, da necessidade de suprir a falta de profissionais no âmbito da saúde, muito embora essa “nova” inserção não vá influir diretamente nas lutas mais gerais da classe trabalhadora neste setor (BRAVO; MATOS, 2006).

A inserção do Serviço Social na área da saúde tem sido historicamente condicionada por intervenções distintas, ora pelo Estado, ora pela sociedade civil organizada, considerando que o Estado é o ordenador da sociedade. Nesse sentido, a ação profissional do assistente social no campo da saúde no contexto brasileiro, desde sua inserção datada de 1940, vem paulatinamente sendo transformada em detrimento da conjuntura econômica, política, social e cultural.

É no marco dessas transformações históricas que a influência norte-americana ganha espaço acerca da profissão, que tão logo é substituída pela europeia, marcando de forma profícua a conjuntura que precede a década anterior.

Deste modo Bravo e Matos (2006) mostra que o Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941, em Atlantic City (EUA), causou uma enorme influência:

A expansão do Serviço Social no país ocorre a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional (...) nesta década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais (BRAVO & MATOS, 2006, p. 198).

No final dos anos 1980, passando pela década de 1990 até a primeira década dos anos 2.000, foram períodos de grandes transformações para o Serviço Social, tanto do ponto de vista da abertura de um amplo mercado de trabalho na área da saúde, quanto aos desafios e novas exigências impostos ao profissional, haja vista dentre esses períodos haverem sido promulgadas a Constituição Federal de 1988, a concretização do SUS, a criação do Código de Ética do Assistente social, e especificamente para a área da saúde, o documento chamado Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, documentos estes que veremos mais adiante (BORGES, 2012).

A objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde pública, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde (COSTA, 2012, p. 38).

O assistente social é o profissional que desempenha seu trabalho dentro do âmbito social e técnico do trabalho, o mesmo também desempenha seu papel no âmbito das políticas sócio assistenciais, na esfera pública ou privada. Assim, desenvolvendo seu papel com uma abordagem direta da população que busca seus serviços, também por meio de pesquisa, administração, planejamento, supervisão, consultoria, gestão política de programas de serviços sociais (PIANA, 2009).

O interesse por esse estudo é resultado de um grande interesse que em mim¹ foi despertado durante o curso e fruto das minhas observações e estudos. No curso pude perceber um pouco sobre a realidade do assistente

¹ Peço licença ao leitor para me dirigir na primeira pessoa do singular, uma vez que tenho de realizar aproximação da pesquisadora com o seu objeto de estudo.

social e seu relacionamento com os pacientes internados e seus acompanhantes.

O principal objeto de trabalho do assistente social são as questões sociais em suas diversas expressões, encontrando e executando propostas para o enfrentamento, através de políticas sociais, públicas, empresarias, tanto de organizações da sociedade civil como de movimentos sociais. As questões sociais, como objetos de trabalho, não findam os pensamentos. Não restam dúvidas, ela serve para pensar os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais, em uma perspectiva conservadora, eram “executores terminais de políticas sociais”, emanadas do Estado ou das instituições privadas que os emprega (NETTO *apud* PIANA, 2009).

O papel do assistente social se realiza dentro de organizações públicas e privadas e esta ramificado por diferentes áreas e temáticas, como por exemplo: proteção social, educação, programas socioeducativos e de comunidade, habitação, gestão de pessoas, segurança pública, justiça e direitos humanos, gerenciamento participativo, direitos sociais, movimentos sociais, comunicação, responsabilidade social, marketing social, meio ambiente, assessoria e consultoria, que mudam conforme o local que o assistente social ocupa dentro da empresa, requerendo assim do profissional um conhecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. O assistente social tem como objetivo a inclusão e a participação das classes menos favorecidas, através de um complexo de estratégias de ação e outras formas alternativas. Procurando sempre conhecer a sociedade em que atua, e adquirir um compromisso ético com o proletariado e com a satisfação dessa parcela da comunidade com a qualidade dos serviços prestados (PIANA, 2009).

É preciso que se delimitem as categorias analíticas que irão dar embasamento para melhor desenvolver a pesquisa, no caso dessa temática serão apresentadas as seguintes categorias analíticas: Serviço Social; Paciente; Acompanhante.

A trajetória da categoria dos profissionais do Serviço Social completou 80 anos. Esta profissão, que surgiu no nosso país na década de 1930,

apresenta caráter sociopolítico, crítico e interventivo, e trabalha com várias expressões da questão social. Constitui uma luta constante contra a desigualdade social.

A partir das décadas entre 1970 e 1980 foi construído o projeto ético-político, e esses projetos foram claramente expressos na Legislação vigente, no Código de Ética de 1993 e nas Diretrizes Curriculares. Já o termo sociojurídico teve início por volta dos anos de 1940, sua procura no meio acadêmico ainda caminha a passos lentos. Onde abrange áreas de natureza jurídica, como sistema de segurança, sistema judiciário e sistema penitenciário.

O profissional em Serviço Social surge no Brasil no final da década de 1930, após a Revolução Industrial, período em que o país passava pelo processo de urbanização e industrialização onde crescia o desenvolvimento econômico das classes. Entre 1940 e 1950, houve um reconhecimento da profissão, mais sua regulamentação como profissão aconteceu em 1957, com a Lei nº 3252. Desde então essa categoria de profissionais veio a se expandir em diversas áreas, tornando-se interessante no meio jurídico, no qual esses profissionais passam a ser vistos como agentes que viabilizam a garantia de direitos.

A prática profissional do assistente social é orientada pelos princípios e direitos firmados na Constituição e 1988 e pelas legislações, conforme a Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente social. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, onde esse profissional preza seu código de ética. Porém, essa profissão é um desafio constante, por enfrentar desigualdades sociais, culturais e socioeconômicas. Por trabalhar políticas sociais e resguardar o que é de direito da população, tendo sempre que estar atuante nas transformações, com a finalidade de mediar toda e qualquer situação oriunda de sua competência e fazê-lo em instituições penitenciárias é crucial.

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano (IAMAMOTO, 2011, p.20).

Cabe ao Assistente social, segundo rege, que um de seus deveres é denunciar, no exercício da profissão, as entidades de organização da categoria, mas autoridades e aos órgãos competentes, casos de violação da Constituição Federal e dos Direitos Humanos, de acordo com o Conselho Regional Estadual do Serviço Social (CRESS), ou seja, esse profissional tem toda uma base legitimada para atuar com devida qualificação perante toda e qualquer situação dentro da regulamentação. De acordo com a regulamentação da Profissão de Assistente social: “Art.22. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais terão legitimidade para agir contra qualquer pessoa que infringir as disposições que digam respeito às prerrogativas, a dignidade e ao prestígio da profissão de Assistente social.

No âmbito hospitalar, constantemente surgem situações adversas que, tanto para médicos como para enfermeiros, justificam a figura do assistente social dentro do hospital. Geralmente, o papel do assistente social no hospital dependerá da demanda que o hospital recebe todo o dia, pois no hospital existe uma rotina diária, sendo que os pacientes são inseridos nessa rotina pelo assistente social, porém é importante ressaltar que em certas ocasiões, essa iniciativa parte diretamente dos pacientes ou de seus familiares, que buscam o serviço social do hospital.

De acordo com Jurancy (2012) após ter seus serviços solicitados, o assistente social reuniu-se junto com médicos e enfermeiros diretamente ligados ao paciente e faz a requisição sobre informações pertinentes ao estado de saúde, diagnóstico e prognóstico do paciente, como também o tempo que esse ficará internado. Para que assim munido dessas informações possa avaliar a melhor abordagem ao paciente e o tempo que será necessário para que o seu trabalho seja desenvolvido. Uma vez que seu trabalho finda com a alta do paciente, podemos perceber o que o trabalho social hospitalar é vinculado diretamente à alta do paciente, já que essa marca o fim do prazo dos trabalhos do assistente social com um determinado paciente.

Como já dito anteriormente, constantemente surgem “situações sociais” em que na opinião de médicos e enfermeiros, justificam a presença do assistente social e seu trabalho. Cada caso é único e merecedor de uma

assistência especial, que se realiza através de um sistema valorativo do diagnóstico social, esse por sua vez baseado na análise de carências e necessidades do atendido. Geralmente após todo esse processo é possível traçar as ações que serão adotadas para determinado paciente e sua família. As situações encontradas dentro dos hospitais são as mais diversificadas possíveis, muitas vezes surgem novas situações a depender de uma determinada doença, da idade do paciente, do grupo familiar, e de outros fatores que rodeiam o paciente assistido (JURANCY, 2012).

Sendo assim, por causa dessas situações e variáveis que podem surgir o desafio é saber como agir frente ao futuro que se projeta; como enfrentar essa nova situação, e com que meios e mediadores. São incontáveis as vezes que é preciso o assistente social mudar a abordagem e o modelo de funcionamento anterior, adaptando-se às novas realidades. Em outros casos, as situações apresentadas não são novas e até então não precisam de inovações. Porém a falta de saúde faz acentuar carências e sentimentos preexistentes, fazendo-se necessário uma reorganização destas.

Assim sendo, o papel dos assistentes sociais tem a finalidade indiscutivelmente de levar adiante essa reorganização. Após todos esses tramites o paciente é remetido a outros serviços e recursos sociais. Os recursos do sistema sanitário e dos serviços sociais se dividem em três tipos, de âmbito sanitário: hospitais, centros de estadias intermediárias e centros sanitários de primeiro nível. Recursos dos serviços sociais: serviço de assistência a domicílio, estadias temporárias e residenciais. Portanto, o serviço social hospitalar tem muito a ver com a organização de tais recursos e resulta muito importante à hora de coordenar-se com o restante dos assistentes sociais (JURANCY, 2012).

Como podemos ver diante o exposto o Serviço Social no âmbito hospitalar vem passando por varias mudanças ao longo do tempo, principalmente devido a novas enfermidades que vem surgindo, como também das novas demandas socais que se seguem. O assistente social deve ser uma referencia tanto para pacientes como para família ao decorrer de atendimentos

hospitalares, pois uma doença pode mudar toda a perspectiva e capacidade de enfrentamento de paciente e seus familiares frente a situações que se surgem.

Deve-se sempre lembrar que mesmo se for uma enfermidade de pouca gravidade, ao pacientes e seus familiares que passam por isso, não vivem uma situação confortável e habitual. A notícia de que se sofre de uma enfermidade afetam na maioria das vezes os indivíduos que se encontram vulneráveis e desprevenido face à tal situação, que costuma reverberar suas consequências no seu meio social, familiar e trabalho.

Frente a todo esse panorama apresentado diversas vezes o profissional de serviço social enfrenta dificuldades dentro do âmbito hospitalar que impedem ou dificultam o seu trabalho e conseqüentemente a obtenção de seu objetivo. Por outras vezes fica no meio de impasses, e precisa encontrar a melhor maneira de mediar conflitos e solucionar esses para que possa assim desempenhar seu papel da maneira mais eficiente e satisfatória possível.

Sem dúvidas podemos afirmar que o campo de trabalho para os assistentes sociais na área da saúde está cada vez mais em ascensão, porém para um profissional se destacar ou até conseguir se manter nesse mercado tão competitivo, é necessário que este seja detentor de conhecimentos a respeito das legislações específicas que norteiam sua prática, bem como se reciclar, a fim de gerenciar melhor os impasses e resolver as dificuldades que se apresentam também como conhecer portarias, normas, estatutos, resoluções, entre outros.

Diante do apresentado, pode-se identificar que o assistente social enfrenta inúmeros desafios no cotidiano profissional, em que cada vez mais são chamados a dar respostas condizentes com a realidade institucional, caracterizando enquanto uma exigência do espaço sócio-ocupacional que, em sua grande maioria requisita apenas a resolução dos “problemas” apresentados à instituição, não conformando o atendimento na ótica da totalidade que envolve os sujeitos destinatários da ação profissional.

O assistente social no campo da saúde, atuante tem se deparado com inúmeros desafios quanto à materialização de suas intervenções no âmbito da

saúde, haja vista os mecanismos elaborados/adotados que tem se constituído em desafios imensamente difíceis de ser superados. Diante disto estudaremos a atuação do assistente social no âmbito hospitalar, frente aos impasses e desafios que dificultam a sua atuação e que tem que ser superados para o avanço da sua atuação profissional.

Contudo, o trabalho profissional do assistente social tem sido requisitado cada vez mais nos espaços público de saúde, em especial e historicamente na área hospitalar, isso se deve ao reconhecimento da competência teórico-metodológica e técnica-operativa do assistente social nestes espaços, especialmente nos hospitais. Nesse sentido é que propusemos o debate do Serviço Social no contexto médico hospitalar, enfatizando as particularidades da ação profissional.

A metodologia aplicada a esse trabalho é de natureza qualitativa com pesquisa bibliográfica. A abordagem qualitativa nos permite se aprofundar no mundo dos significados. Sendo que esse nível de realidade não é visível precisando ser exposta e interpretada em primeira instância, e essa interpretação se dá pelos próprios pesquisados.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador (MINAYO, 2001, p. 14).

As características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais

fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências. Compreende-se, assim, que método qualitativo é apropriado para a presente pesquisa já que proporciona um conhecimento aprofundado sobre um determinado tema e que técnicas desse método dão conta com sucesso do objetivo da pesquisa (PORTELA, 2004).

A metodologia qualitativa busca enfatizar as especialidades de um determinado fenômeno em termos de origem e de sua razão de ser (HAGUETE, 1987). A abordagem qualitativa se afirma no campo da subjetividade e do simbolismo. A pesquisa é considerada fundamental nas ciências humanas do presente, lidando e explicando a compreensão dos fenômenos por analisar seus significados. É preciso manter a subjetividade para estudar fenômenos em que também somos agentes e encontrar regularidades no comportamento sem levarmos em conta motivações pessoais. Além disso, a pesquisa qualitativa proporciona aprimoramento na pesquisa desenvolvida.

Destaca-se que essa pesquisa também tem uma dimensão bibliográfica. Esta oferece um conhecimento sobre o que tem escrito em relação ao tema. A pesquisa bibliográfica não pode ser considerada como uma mera repetição do que foi escrito ou dito sobre o assunto, mas, como um momento em que ocorre a aproximação com o tema sob várias abordagens.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Para Gil (2007, p. 44), os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são sobre investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema para que atinja com

exatidão os seus objetivos também se faz necessário o uso da pesquisa documental.

Ainda neste sentido Gerhardt e Silveira (2009) consideram que toda pesquisa fundamenta-se em fontes bibliográficas; ou seja, os dados são obtidos a partir de fontes escritas, portanto, de uma modalidade específica de documentos, que são obras escritas, impressas em editoras, comercializadas em livrarias e classificadas em bibliotecas.

Cabe ao profissional em Serviço Social garantir o cumprimento de direitos dos usuários anteriormente negligenciados dentro do Sistema de Saúde Pública. A emergência/urgência é o lugar onde se dá o inesperado e o Assistente social deve estar preparado para atender os diversos conflitos e orientar os pacientes de seus direitos sociais (ANJOS *et al.*, 2004).

A humanização hospitalar deve ser um fator decisivo para o bem-estar do usuário, demonstrando a importância da informação do Assistente social sobre os direitos dos usuários. Assim sendo, vale ressaltar que os sujeitos principais nessa pesquisa serão os assistentes sociais que trabalham voltado para o ambiente hospitalar, sendo esse o nosso público-alvo.

Este trabalho está estruturado da seguinte forma: com a parte introdutória em que se constitui a presente introdução, e foi explanado de forma geral o tema que pretendemos obter, bem como os objetivos e metodologia utilizada.

No segundo capítulo, cujo título é “A trajetória da saúde no Brasil”, será apresentada um breve histórico da trajetória da saúde no Brasil, e todos os avanços que foram alcançados.

No terceiro capítulo, intitulado “O serviço social na área da saúde”, será apresentado um resgate histórico da criação e trajetória do Serviço Social em todo o mundo e especificamente no Brasil, e todas as dificuldades que o profissional do Serviço Social encontrou até ser reconhecido como profissional de saúde.

Por fim o quarto e último capítulo A relação assistente social paciente internado e acompanhante. Além disso, vamos apresentar o um pouco da história do hospital como instituição, cenário principal para o Assistente social que trabalha com pacientes internados.

2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL COMO POLÍTICA PÚBLICA

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

Para poder melhor entender o sistema de saúde utilizado hoje é necessário que tenhamos conhecimento de todo o processo histórico que ocorreu para chegarmos ao atual modelo de saúde

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

Com este quadro na metade da década de 1970, o único que se beneficiou desta coordenação foi o setor privado. Com o grande crescimento dos serviços médicos privados, em especial hospitais, mal distribuídos e centrados nas grandes cidades, e que estavam todos ligados à esfera Federal pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Assim não havia interesse em que o serviço público funcionasse, para favorecer os privados. Os Centros de Saúde públicos ambulatoriais e hospitais ficaram desprestigiados e começaram a piorar.

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

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

2.1 Contextualização da política de saúde

Percebe-se que ao longo dos anos vem ocorrendo modificações nessa política, e tais mudanças historicamente têm sido pelo menos aparentemente para se adequarem aos contextos políticos, econômicos e sociais. Conforme Silva (1996) somente com a chegada da família real, em 1808, é que algumas normas sanitárias foram impostas para os portos, numa tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas que pudessem colocar em risco a integridade da saúde da realeza. Além disso, em 1822, com a Independência do Brasil, algumas políticas de saúde foram implantadas, porém tais políticas eram referentes ao controle dos portos e atribuía às províncias quaisquer decisões sobre tais questões.

De acordo com Bravo (2001) a saúde passou a ser percebida como “questão social² no Brasil a partir do século XX, devido à emergência do trabalho assalariado durante a economia cafeeira que se caracterizava como Capitalismo Agrário. Ainda neste século em meados da década de 1920 foi criada a Reforma Carlos Chagas na tentativa de ampliar o atendimento à saúde pública e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), conhecidas também como Lei Elói Chaves, que foi promulgada em 1923 que por sua vez eram financiadas pela União, empresas, empregadoras e empregados, porém, esses benefícios eram proporcionais às contribuições.

Já em 1982, não suportando mais os gastos da Previdência Social com o INAMPS, o governo adota algumas medidas, como pagar ao setor privado por diagnóstico e não mais por atos. Também em 1982 foram criadas a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com seu novo sistema de contas hospitalares, diminuindo drasticamente as despesas com internações hospitalares, e as Ações Integradas de Saúde (AIS), representaram a possibilidade de que as instituições públicas de saúde se conhecessem mutuamente e fizessem um planejamento mais integrado. Surgiram também as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) e Comissões Interinstitucionais Médica de Saúde (CIMS), sementes dos atuais conselhos de saúde. Assim foi à base do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), fase anterior ao Sistema Único de Saúde (RAIMUNDO, 2003).

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

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

² A expressão “questão social” começa a ser empregada maciçamente a partir da separação positivista, no pensamento conservador, entre o econômico e o social, dissociando as questões tipicamente econômicas das “questões sociais” (NETTO, 2001, p. 42).

A Constituição Federal do Brasil em seu Art.196, afirma que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS.

Ainda no ano de 1988, houve certa resistência quanto ao envio das Leis Orgânicas da Saúde ao Congresso Nacional, o que acabou acontecendo quase um ano depois (julho/agosto de 1989). A aprovação da Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990 e Lei nº 8142 de 28 de Dezembro de 1990, atrasando a implantação do SUS em dois anos. Estas leis mostram e regulamentam a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além da participação complementar da iniciativa privada. E dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Também a partir de 1990, foram promulgadas as Leis Orgânicas Municipais e as Constituições Estaduais, de diversos estados e municípios (RODRIGUES, 1994).

2.2 Implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)

A criação e regulamentação do SUS foi o marco mais importante da história da Saúde Pública do país. Após sucessivos movimentos e tentativas, foi à primeira ferramenta legitimada e garantida em lei para a construção de uma saúde digna, humana, eficaz e universal. Destacamos que foi um ganho não somente para a população que estava prejudicada no acesso à saúde, mas também para toda a sociedade brasileira, na conquista de um direito básico, de provisão do Estado – a saúde enquanto bem inalienável.

A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições

para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes". Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990, p. 10).

O Sistema Único de Saúde, segundo definição do Artigo. 4º da Lei Federal nº 8.080/90: "É o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público".

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

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

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

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

Surge a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS - SUS) de 01/2001. O conjunto de estratégias apresentadas nesta NOAS articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS. A ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

Neste sentido, a NOAS/SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento. Assim cada vez mais o SUS vai se firmando, apoiado nas leis Federais. Porém, por ser um sistema relativamente novo ainda ha muito que melhorar. Com base nos preceitos da constituição, o SUS tem as seguintes características:

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

de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a sua solução, Dessa forma, deverá haver uma inversão do quadro que perdurou durante muito tempo no Brasil, quando a maioria dos serviços de saúde era vinculada a esfera federal, como o antigo INAMPS. Defendendo-se hoje a ideia de passar também as responsabilidades para as esferas estadual e municipal, principalmente para a municipal, produzindo o que se tem chamado municipalização da saúde.

- **Racionalidade** – O SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços, de acordo com as necessidades da população. Porém não é isso que vimos em todo o Brasil, onde em muitos lugares há serviços hospitalares, mas não há serviços básicos; ou é um aparelho altamente sofisticado, mas há médico geral, só o especialista. Para que este problema não ocorra o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejada para suprir as necessidades de seus moradores e não somente devem ser tomadas decisões por um Governante que muitas vezes desconhece totalmente a região e suas necessidades.
- **Resolutividade** – O Sistema deve produzir resultados positivos e estar apto para resolver os problemas de saúde que levou a pessoa a o procurar, assim como quando um problema se apresenta em determinada comunidade; e para tudo isso precisa ter qualidade. Utilizando-se de técnicas adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, evitando o desperdício e fazendo com que as verbas públicas sejam utilizadas da melhor maneira possível.
- **Democratização** – Deve ser assegurado o direito de participação de todos os segmentos envolvidos no sistema, garantido constitucionalmente. Tanto de dirigentes institucionais, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e principalmente da população usuária dos serviços de saúde. Este direito implica a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde. Essa

participação deve se dar principalmente através dos Conselhos de Saúde, tanto nacional, estadual ou municipal e nas Conferências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

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

Sabe-se que em qualquer instituição hospitalar na área de internação, é de extrema relevância a presença de familiares junto a seus entes, pois isto favorece ao paciente certo conforto, e a sensação de não se sentir desamparado em meio a pessoas estranhas. Porém esta questão é muito complexo, apesar de saber da importância do acompanhante junto ao paciente internado, nos deparamos com restrições legais, pois legalmente amparada à presença de acompanhantes somente a menores de dezoito anos e maiores de sessenta anos. Assim apesar dos avanços feitos com essas leis, fica uma grande lacuna, pois acompanhantes de pacientes fora desta faixa etária ficam desprotegidos legalmente, já que não ha nenhuma lei que os ampare, tomando esta situação uma tanto injusta, pois pessoas entre as idades citadas necessitam tanto de apoio familiar quanto aos demais.

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

Em meio a toda esta contradição está o profissional do Serviço Social que lida diretamente com este problema e muitas vezes são recriminadas por paciente e acompanhante, pois os estes interpretam os

problemas citados anteriormente como má vontade do profissional em tentar solucionar o seu problema.

Especificamente no caso de crianças e adolescentes, o direito de ter acompanhante em casos de internação é assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/90) – ECA. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990): Art.12 – Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (Lei nº 8069/1990).

Na área de Pediatria na maioria dos hospitais públicos já está destinado um espaço para acomodar um dos pais ou responsável, visto que a presença deles é totalmente necessária e indiscutível, não gerando maiores transtornos ao Assistente social. Para acompanhantes junto a pessoas idosas em casos de internação, foi feita uma primeira Portaria sobre o assunto em 07 de abril de 1999, pelo então Ministro da Saúde Jose Serra. A Portaria torna obrigatório nos hospitais públicos, tanto controlados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de sessenta anos, quando estes necessitarem de internação. Dando direito ao acompanhante acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

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

3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Atualmente, o assistente social tem mercado de trabalho garantido na área da saúde, porém para obter este êxito foi preciso percorrer um longo caminho. O Serviço Social apesar de ter um instrumental técnico-operativo definido guarda traços ainda marcantes de sua origem, a partir da ação benévola, da caridade e do assistencialismo, organizada essencialmente através da Igreja Católica. O Serviço Social está situado dentro de um processo de evolução histórica que o legitimou, porém o deixou com fortes estigmas por sua origem (NETO, 1994).

A realização da prática assistencial esteve bastante distanciada das relações sociais, associando-se mais à noção de caridade. Com o advento do cristianismo, a assistência ampliou a sua base, fundamentando se não só na caridade, mas especialmente na justiça social. Enfatizava-se também a dimensão espiritual da assistência, muitos achavam que praticando a caridade estariam salvando suas almas e garantindo um "pedacinho do céu" (NETO, 1994).

A organização da prática da assistência, como expressão de caridade cristã, foi objeto de preocupação de muitos teólogos e membros destacados da Igreja, como São Paulo, São Domingos, Santo Agostinho, entre outros. O grande organizador da doutrina cristã foi, porém, Santo Toma de Aquino, situando a caridade como um dos pilares da fé, imperativo da justiça social aos mais humildes. Em nome da verdade histórica é indispensável lembrar que muitas práticas de exploração, de repressão e de dominação política e ideológica foram realizadas sob a denominação de caridade. A assistência era encarada como forma de controlar a pobreza e de ratificar a sujeição daqueles que não detinham posses ou bens materiais (NETO, 1994).

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

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

3.1 Contextualização histórica do serviço social na saúde

Segundo Neto (1994) a Inglaterra, com a miséria generalizada, fora o primeiro país da Europa a criar não só uma legislação específica para o atendimento da "questão social", mas um organismo encarregado de racionalizar e normatizar a prática da assistência. Em 1869, criaram Sociedade de Organização da Caridade, unindo esforços da Igreja Evangélica e da classe dominante.

Já em 1893, também na Inglaterra por iniciativa da Charities Organization Society, foi criado o primeiro curso experimental de formação para o voluntariado. E em 1894 o primeiro curso organizado de voluntariado surgiu nos EUA promovido por Richard Ayres, em 1896 a publicação do livro "Charity in England", veio para começar a espoletar o interesse pela prática da "assistência" (BARBIANI, 1998).

A partir de 1897, começou a observar-se a necessidade de qualificação para o trabalho voluntário com a realização da Conferência Nacional de Caridade e Correção, em Toronto. Grande incentivadora desta ideia foi Mary Richmond, que teve forte influência na criação de escolas de Serviço Social que surgiram posteriormente. Pertencente a Sociedade de Organização da Caridade de Baltimore, achava que deveriam ser qualificados os agentes para o exercício profissional. Os frutos desta conferência foram colhidos no ano seguinte de 1898 nos EUA, com a organização dos primeiros cursos de serviço social, veio para aperfeiçoamento do trabalho voluntário, organizado por E. Edwine (BARBIANI, 1998).

Mary Richmond além de difundir as escolas, durante a realização da Conferência propôs que se criasse uma escola para o ensino da Filantropia

aplicada, pois acreditava que só através do ensino especializado poder-se-ia deter a necessária qualificação para realizá-lo (BARBIANI, 1997).

Segundo Barbiani (1997) com todos estes avanços alcançados, a partir de 1898, se no começo de uma nova fase, onde realmente o Serviço Social dos seus primeiros passos. E a fase da institucionalização do Serviço Social, que resulta do reconhecimento da necessidade em ser criado um espaço de moralização do processo de legitimação das desigualdades sociais. A influência de Mary Richmond foi marcante neste processo, devendo-se a ela a organização e a regência dos primeiros cursos de Filantropia Aplicada. Graças ao empenho pessoal de Richmond, a prática da assistência vinha caminhando em direção à profissionalização.

Assim em 1893 na cidade de Nova Iorque houve a criação da primeira Escola de Filantropia Aplicada e antes mesmo do final do século XIX, no ano de 1399, foi fundada a primeira escola europeia em Amsterdã. Neste mesmo ano, Alice Salomon iniciou em Berlim cursos para agentes sociais, que acabaram por dar origem à primeira escola Edema em 1908.

Os cursos destinados à formação de agentes sociais multiplicaram-se pela Europa e pelos EUA. Em 1908, fundou-se na Inglaterra a primeira escola de Serviço Social, não ainda com esta denominação, Porém já incorporada à Universidade de Birmingham, do primeiro curso de Filantropia. Logo em seguida foram fundadas duas escolas em Paris, uma em 1911 por iniciativa de Madame de Butillard, da Escola Normal Social Católica, de orientação católica e outra em 1913, Escola Prática Social, de orientação protestante. Em 1920 surgiu na Bélgica também a primeira Escola Católica de Serviço Social (BARBIANI, 1998).

Nesta fase de implantações de Escolas de Serviço Social houve publicações de extrema importância para o Serviço Social, em 1917 foi publicado o livro escrito por Mary Richmond intitulado 'Diagnostico Social, seguido por seu segundo livro já em 1922, intitulado de que e trabalho social de casos. Outro fato marcante neste mesmo ano foi à criação da União Católica Internacional de Serviço Social fundada por Marie Baers (BARBIANI, 1998).

Em 1925, surge a primeira Escola de Serviço Social da América Latina em Santiago no Chile fundada pelo Dr. Alejandro Del Rio, e no mesmo ano realizou-se em Milão na Itália o 1º Congresso Internacional de Serviço Social. Em 1928 na Conferência Internacional de Serviço Social realizada em Paris, foram tomadas importantes decisões para o Serviço Social. Nesta Conferência foram decididas as áreas de atuação profissional assim como o respectivo perfil de intervenção profissional. Posteriormente na Conferência de Milford em 1929 foram estabelecidos os princípios básicos da profissão (BARBIANI, 1998).

No ano de 1930, foi realizada em Toronto a segunda reunião da Conferência Internacional de Serviço Social, onde foi aprovada uma proposta de organização de delegações regionais de Serviço Social com a finalidade de promoverem um fórum para o debate dos problemas do bem-estar social. Em 1935, foi criada a primeira Escola de Serviço Social em Portugal na cidade de Lisboa (BARBIANI, 1998).

Finalmente em 1936 é criada no Brasil a primeira Escola de Serviço Social no estado de São Paulo, e no ano seguinte em 1937 foi criada a segunda Escola brasileira no estado do Rio de Janeiro, chamada de Instituto Social do Rio de Janeiro, fundado por Stella de Faro com o apoio do Cardeal Sebastião Leme. Ao fim da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), já se encontrava em funcionamento cerca de duzentas Escolas distribuídas pela Europa, pelos Estados Unidos da América e pela América Latina.

3.2 O serviço social como profissão

De acordo com Raimundo (2003), com o marco histórico da criação da primeira escola brasileira de Serviço Social, outros acontecimentos de extrema importância para o Serviço Social ocorreram no Brasil posteriormente. “Um deles foi à realização na cidade de Araxá, em Minas Gerais no período de 19 a 20 de março de 1967, o encontro de 38 assistentes sociais, que pelo sistema de grupos de estudo e sessões plenárias chegaram à elaboração do “Documento de Araxá”, que traduz a preocupação dos Assistentes Sociais em

conceituar o Serviço Social e reconhece a necessidade de uma teorização do Serviço Social. O primeiro capítulo do documento analisa as funções do Serviço Social baseado em sua evolução histórica, mas também enfocando o futuro.

Já em 1969, se realizou em Salvador na Bahia, a 16ª Convenção da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social que discutiu sobre questões ligadas à teorização da integração em Serviço Social e que levou a ver este como um método genérico, que segundo a situação apresentaria abordagens específicas. Em 1970, se realizou o Seminário de Teresópolis onde se tratou da colocação da metodologia profissional dentro de um esquema científico e se introduz algumas mudanças na terminologia tradicional (BARBIANI, 1998).

Com toda esta evolução histórica o serviço social, tanto mundialmente quanto no cenário brasileiro começou a se destacar e cada vez mais abranger suas áreas de atuação, porém para atuarem em determinadas áreas, a da saúde, por exemplo, teve que passar por alguns obstáculos para conseguir seu lugar. Apesar de o Serviço Social trabalhar a muito tempo nesta área, mais especificamente em hospitais, sua regularização ocorreu há poucos anos.

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

Ainda segundo Bravo (1996), no cenário mundial, se sabe que o assistente social atua na área da saúde desde o início do século XX. Estes profissionais trabalhavam com as equipes de saúde no tratamento e profilaxia dos inúmeros e frequentes casos de tuberculose.

Foi, porém em 1905 que o Dr. Richard Cabot criou o primeiro Serviço Social Médico de que se tem notícia, inserindo-o na estrutura organizacional do Hospital Geral de Massachussets. Reconhecendo na ação do Serviço Social valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico-

social dos pacientes ambulatoriais ou internados, o Dr. Cabot considerou-o indispensável nas equipes de saúde. Sua tese ganhou muitos adeptos, e vários hospitais, iniciando pelo de Boston, passaram a demandar a presença do profissional de Serviço Social (BRAVO, 1996).

Um fator prejudicial ao profissional que pretende atuar na área da saúde é o pouco conhecimento que este geralmente adquire no período acadêmico, em que é proporcionada somente uma disciplina sobre a saúde que apresenta muitas leis e pouco sobre a prática profissional (BRAVO, 1996).

Mas este quadro nem sempre foi assim, o estudo da saúde no Serviço Social já foi bem mais ativo, porém foi perdendo espaço com o passar dos anos. No primeiro curso de Serviço Social no Brasil em São Paulo, observando-se seu primeiro currículo nota-se uma grande preocupação com o conhecimento sobre saúde, tanto que ao longo do curso eram oferecidas as seguintes disciplinas específicas: Higiene (50 horas); Psicologia (50 horas); Noções de Nutrição (12 horas); Enfermagem (80 horas); Higiene Pré-Natal (12 horas); Puericultura (15 horas); Higiene Mental e Noções de Psiquiatria (25 horas); Legislação e Organização Sanitária do Estado (8 horas); Serviço Social Médico (24 horas) (BRAVO, 1996).

E as seguintes disciplinas práticas: Estágios em ambulatórios, berçários, lactários, creches e outros (60 a 80 horas); Prática do Serviço Social Médico (45 a 90 horas); Conhecimentos dos recursos da Assistência Médica; Higiene do Trabalho (12 horas); Psicotécnica (16 horas).

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

Em contrapartida, o Serviço Social enquanto profissão histórica também passou por modificações em sua prática ganhando novos contornos,

sendo que o movimento de reconceituação da profissão apresenta-se como fator propulsor destes desdobramentos.

O assistente social foi reconhecido como profissional da área da saúde, e nas últimas décadas foi fortemente requisitado para prestarem serviços em hospitais, unidades de saúde, sistemas públicos estaduais e municipais, contando também com sua presença em entidades de representação ligadas diretamente ao setor da saúde como Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde, bem como nos organismos de representação dos interesses dos segmentos sociais envolvidos com a prestação e o consumo de serviços de saúde (BRAVO, 1996).

Conforme Bravo (1996), estas modificações deram-se tanto pelo Movimento Sanitário, movimento que teve início na sociedade civil que buscava a popularização da saúde e que se caracterizou como sendo de extrema importância para o contexto social onde objetivava a ampliação do conceito de saúde. Quanto pelo próprio projeto político da categoria que acreditava ser o campo da saúde, um espaço coletivo para intervenção profissional não mais centrado na polaridade do discurso médico de atuação simplificada ao processo biopsicossocial e sim no enfoque coletivo da atuação.

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

A inserção do Serviço Social no setor da saúde tem evidenciado que sua intervenção, expressa na prática profissional dos Assistentes Sociais, tem se tornado necessário na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis. As demandas que se colocam a profissão neste setor vem exigindo dos profissionais conhecimentos específicos relativos à saúde e possibilitando tanto a ampliação da área de intervenção como espaço para a reflexão da prática (SOUZA, 1995, p. 58).

Simionatto (1997) defende a ideia de que dentro desses espaços de atuação profissional apresenta-se como ponto fundamental no contexto da

profissão a dimensão educativa, que deve procurar direcionar o processo de trabalho do Serviço Social através das ações interdisciplinares de informação e orientação, incentivando gestões participativas e contribuindo para a construção de novos sujeitos sociais.

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

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

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

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

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

Mais do que nunca se revigoram as teorias e as tentativas que apontam para o resgate da unidade do saber, para uma reaproximação das disciplinas e em contra partida, para o trabalho coletivo, solidário e interdisciplinar como resposta a reação à tendência mundial de fragmentação das relações sociais (BARBIANI, 1997, p. 35).

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

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

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

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

Somente em 6 de março de 1997, através do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS° 218, o Assistente social foi reconhecido como profissional de saúde de nível superior, juntamente com outras categorias. Sendo reafirmada esta decisão em 29 de março de 1999, pela presidente do CFESS. Valdete de Barros Martins, na Resolução do CFESS N° 383/99.

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

Situação oposta ocorre com assistentes sociais que atuam nas áreas de internação, onde seu contato com paciente e acompanhante é geralmente prolongado, permitindo-lhe vivenciar todos os transtornos causados para ambos durante o período de internação, exigindo assim uma maior disponibilidade e sensibilidade para poder contornar ou amenizar todas as mudanças geradas por uma internação que muitas vezes ocorre inesperadamente transformando a vida do paciente e de todos a sua volta e exigindo muita competência do profissional.

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

4 O SERVIÇO SOCIAL E A DINÂMICA HOSPITALAR

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

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

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

Assim as pessoas começaram a morrer longe de suas casas, afastadas de suas famílias, cotidianos, hábitos e origem, tornando a morte um agravo. Diante disto, os hospitais tornaram-se locais que se caracterizavam por mortes, sofrimento e dor, elementos estes que compõem o dia a dia dos profissionais do Serviço Social. As pessoas que trabalham em hospitais têm como rotina cuidar de pessoas doentes, mais ou menos graves, com possibilidades ou não de reabilitação. Porém na "sabedoria popular", se uma pessoa é internada, sofre certo preconceito por todos a sua volta, pois logo se acha que o indivíduo "está para morrer".

Afirma Pina (1991, p. 65) que "o hospital é um espaço mítico que deve conter e administrar os problemas emocionais provocados pelo doente e sua doença e toda a rede de relações sociais que a eles se vinculam". Considera ainda que sentimentos como depressão e ansiedade presentes nos doentes e

familiares são naturalmente projetados no hospital, por meio de seus elementos de mediação, ou seja, os profissionais da saúde.

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

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

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

Trentini (1992) afirma que “o diagnóstico médico é recebido pelo paciente com grande ansiedade, medo, incerteza, insegurança, pois os planos do futuro estão, quase sempre, ameaçados a não acontecer”, o que pode não acontecer quando a família e paciente passam a conviver e incorporar esta nova situação no seu processo de viver. Nestes casos. Família se adéqua a este processo de doença, organizando-se no dia a dia no sentido de atender as necessidades do paciente e, ao mesmo tempo, de continuar vivendo dentro do novo contexto.

4.1 Relação paciente e assistente social

Por diversas vezes dentro da sua relação com o paciente, os profissionais do serviço social também usam alguns artifícios dos profissionais da área da saúde para enfrentar a dor, e o sofrimento dos pacientes. Segundo Pitta (1991), lançam mão de alguns mecanismos de defesa que são:

- **Fragmentação da relação técnico-paciente** – apesar de permanecerem longos períodos junto ao doente, pode-se detectar a redução do tempo que o profissional de saúde passa junto ao paciente, o que dificulta um contato mais próximo e o "protege" da angústia provocada pela situação (doença! sofrimento).
- **Despersonalização e negação da importância do indivíduo** – parte-se da premissa que todos os pacientes são iguais e, portanto, devem ser tratados da mesma maneira. A despersonalização e as relações de poder entre eles são observadas frente à roupa igual para todos os pacientes e o uso de uniformes pelos profissionais.
- **Distanciamento e negação dos sentimentos** – a autora afirma que a "courage" necessária para os profissionais é obtida com a redução das diferenças individuais, com o cuidado parcelado e com o controle sobre os sentimentos e envolvimento com os pacientes.
- **Tentativa de eliminar decisões através do estabelecimento de normas e rotinas** – a padronização de condutas tem a finalidade de reduzir ansiedades, uma vez que não exige que cada situação seja analisada separadamente pelo profissional. Isto minimiza o dispêndio de tempo gasto pelo mesmo.
- **Redução do peso da responsabilidade** – este fato ocorre levando-se em conta os citados anteriormente. As decisões são compartilhadas e isto reduz o impacto dos erros e acertos obtidos, apesar de muitas tomadas de decisões serem repassadas para os profissionais que assumem postos de comando.

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

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

O hospital devia ser um centro irradiador de saúde e como tal promover, manter e recuperar a saúde das pessoas, dos grupos e da comunidade. Deveria ser um objetivo do hospital levar a humanizado, oferecendo condições que propiciem um ambiente mais familiar, mais humano e mais natural, sem que os enfermos precisem abdicar de sua identidade para ser apenas mais um número (BEUTER, 1996, p. 34).

Porém sabemos que a hospitalização, independente da gravidade da doença, é um processo que causa medo e insegurança. A doença representa um capítulo à parte na vida do indivíduo, da família ou daqueles que, inevitavelmente, necessitarão lidar com esta nova condição.

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

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

Os hospitais são estruturados de modo a facilitar o trabalho dos profissionais, favorecendo um tratamento eficiente a um grande número de pessoas. Assim sendo os pacientes são distribuídos por unidades de acordo com seu diagnóstico e então, são submetidos a normas e rotinas rígidas e

inflexíveis. Isso favorece um ambiente de solidão e isolamento que geram ansiedade, angústia e insegurança, dentre outros.

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

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

Apesar de ser a hospitalização uma experiência vivenciada individualmente, supõe-se que a maioria das pessoas que se hospitalizam, independentemente da idade ou quadro clínico seja afetada pelo estresse fisiológico produzido pela própria doença a hospitalização provoca mudanças de ambiente físico e social e, nas atividades diárias do paciente, de modo a afetar todo o seu sistema de vida (FARIAS, 1981, p. 2).

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

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

Murray segue dizendo que a dependência de outros, a falta de privacidade e identidade, forçam o indivíduo a mudar seu papel e assim padrões comportamentais para os quais não está preparado, surgindo um sentimento de perda do sistema de pessoas significativas, junto às quais o indivíduo se sente seguro. Segundo Beuter (1996, p. 30), "o enfermo, apesar de contar com a presença de colegas de enfermagem, pode ter a sensação de estar só, isolado de sua família e comunidade".

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

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

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

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

A família incorporando-se como unidade de cuidado dos pacientes e a inclusão desta em todo o processo do cuidar oferecidos pela equipe de saúde são de extrema importância, pois quanto mais orientado e crítico em relação à

doença. Melhores serão os enfrentamentos e possibilidades de convivência adequada com a doença.

A análise realizada sobre intervenção na família e espaço institucional repousa na ideia de que família é uma unidade. Enquanto tal, os problemas apresentados por ela devem ser analisados dentro de uma perspectiva de totalidade. Nesta perspectiva, o grupo familiar tem o papel decisivo na estruturação das dificuldades de seus membros (MIOTO, 1994, p. 124).

Vendo a família como uma totalidade é necessário também perceber que esta vive em um contínuo processo de mudanças, tanto geradas por fatores internos como por fatores externos, como o desemprego, por exemplo. Porém geralmente são os fatores internos, como um de seus membros serem acometido por uma doença inesperada, que provocam um estresse familiar, sendo necessária uma visão abrangente da instituição.

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

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

As políticas sociais não incluem a ideia da família como uma totalidade: ao contrário são implementadas em função de indivíduos. Elas não incluem nenhuma previsão dos impactos que terão sobre as famílias e nas suas avaliações também não são consideradas indicadores de análise sobre os efeitos que as políticas têm na vida familiar (MIOTO, 1994).

Sendo tão variadas as famílias entre si, estas ainda são um universo a ser explorado pelos profissionais da saúde, pois ainda acredita-se ser a família o elo mais íntimo e próximo do paciente, não por ser a âncora de salvação ou espaço de amor incondicional, mas porque na maioria das vezes ser um espaço aberto para expressar sentimentos, chorar, ser feliz, ser adulto, ser criança, aprender na relação com o outro, com os filhos, com os parentes, com os amigos e acima de tudo dar suporte emocional. Segundo Velho (1987, p. 85) “A família é por definição a essência da sociedade”.

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

O direito a informação deve ser assegurado aos pacientes e familiares incluindo vários aspectos, como por exemplo: estado atual do paciente e sua evolução diagnosticada médico e prognóstico. As informações devem ser prestadas por todos os profissionais da equipe, no sentido de atender as necessidades dos familiares. Segundo a Cartilha dos Direitos dos Pacientes (2000):

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

paciente, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações.

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

Muitas vezes isto pode ser feito de maneira informal, não assustando os envolvidos com termos técnicos e de forma impessoal. Durante as visitas dos familiares, o Assistente social, tem a oportunidade de proporcionar informações à família, conhecer melhor a relação do paciente com a mesma e aprender a valorizar as "pistas" que a família tem acerca da vida do seu familiar antes da internação. Estas informações auxiliam os profissionais de saúde a conhecer hábitos, costumes e valores dos pacientes.

Esses fatores podem também auxiliar na diminuição da ansiedade dos familiares que tem paciente internado, do paciente e da própria equipe uma vez que conhecer melhor o doente possibilita uma melhoria na qualidade da assistência. As informações fornecidas poderão minimizar o medo que sentem diante do ambiente estranho e agressivo que é o hospital.

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

O fato de pacientes compartilharem a enfermaria com outros pacientes mostrou mais respostas favoráveis do que privacidade. O companheirismo e a ajuda mútua foram mais importantes que a privacidade oferecida pelos quartos. Os pacientes reportam-se uns aos outros como amigos, companheiros, colegas que tem em comum às mesmas dificuldades. E encontram na presença no diálogo e entre a ajuda o apoio e a alegria para atender sua necessidade gregária (TAKITO, 1985, p. 45).

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

4.2 Relação assistente social e família

Outro ponto importante além da relação do assistente social com o paciente é a relação deste mesmo assistente social com a família do enfermo. Uma vez que todo o corpo familiar principalmente àqueles parentes mais próximos tem seu estado psicológico prejudicado, frente a possibilidade de perda de um ente querido. Assim sendo o profissional de assistência social atua em conjunto com os outros profissionais da saúde para que sejam criados laços de confiança entre esses e a família do paciente; fazendo com o que o trabalho da equipe médica seja facilitado; bem como trabalhar o sentimento de angústia das famílias, criando uma relação de confiança mútua e assim ajudando psicologicamente a família.

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

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

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

Os assistentes sociais dentro do âmbito hospitalar tratam todos os dias com diversos sentimentos negativos que acabam por angustiando os familiares e por vezes atrapalhando a relação e a recuperação do paciente. Entre os fatores que podem ser negativos, quanto à presença de familiares na instituição, destacam-se:

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

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

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

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

4.3 O assistente social frente à perspectiva de morte

Já em casos onde não existe mais solução, a família se vê sem saída, sem esperança e novamente depara-se frente a uma situação onde não sabem como agir. O que fazer, tendo que passar por um processo ainda mais doloroso, a aceitação da perda. Diante desses casos o Assistente social e os demais profissionais da saúde devem mostrar que não desistiram do paciente, mesmo sabendo que o quadro é irreversível, pois a desistência da mesma ou indiferença frente ao paciente pode estar estimulando o doente a se entregar.

Nessas situações, o paciente poderá sentir-se abandonado, desprezado, o que não contribuirá em nada nesse momento. Neste processo de encarar a morte e o morrer, família e paciente passam por várias fases.

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

- **Estado de choque e incredulidade** – É a primeira resposta sobre o aprender a morrer. Em geral, o paciente e a família lamentam-se dizendo: "não, não pode ser eu!". Muitas vezes, a resposta inicial é de aceitação da realidade, porém como uma atitude puramente intelectual que se manifesta quando o paciente ou familiar passam a confortar os outros, não se permitindo o acesso ao impacto emocional da perda que se instala.
- **Consciência da nova situação** – Nesta fase a realidade da morte e o sentimento de perda começam a penetrar no consciente da pessoa de forma mais intensa. Pode haver manifestações psicossomáticas como: Falta de ar, dor no estômago, taquicardia, dentre outros.
- **Luto** – Os familiares e amigos sofrem pela antevisão da perda, aceitando o processo de reconhecimento da morte do paciente. Isto ocorre também com o paciente.
- **Aceitação da perda e interesse por novas relações** – A resolução da perda é vivida quando a realidade da morte torna-se presente para o paciente e para a família e eles aceitam. Na idealização, todo o sentimento hostil e negativo sobre falecimento vem sendo dominado e, com o correr do tempo, o paciente passa a ter interesse por novas relações, aproximando-se de pessoas que estão na mesma situação que ela, dialogando com elas e confortando-se até mesmo para se desligarem delas próprias, de todos e de tudo.

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

- **Fase de negação e isolamento** – a autora assegura que a pessoa ao tomar conhecimento da notícia fatal, poderá apresentar dificuldades em aceitá-la. Nega e se isola todo tempo. A pessoa passa a questionar o resultado dos exames realizados, muitas vezes solicitando a repetição dos mesmos.
- **Ira** – Apresenta-se quando a pessoa passa a acreditar no diagnóstico feito a seu respeito. Os comportamentos de ira aparecem sob a forma de inveja, raiva e ressentimento. Nessa fase, a ira do paciente pode ser projetada sobre o ambiente a equipe de saúde, sendo importante o conhecimento dessas fases pela equipe, no sentido de entender o processo pelo qual passam o paciente e sua família.
- **Barganha** – Aparece por curto espaço de tempo e se observa em expressões como: "já que Deus decidiu tirar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos irados, ele bem que pode ser mais camarada comigo se eu lhe pedir mais suavemente." Esse comportamento é típico de crianças, pois buscam fazer acordos que adiem o acontecimento inevitável.
- **Depressão** – O paciente desenganado já não pode mais negar sua doença, tendo em vista cirurgias, exames, internações. Sua ira logo será substituída por um sentimento de grande vazio ou perda.
- **Aceitação** – Não é sinônimo de que o paciente entrou em um estágio feliz. É quase uma fuga dos sentimentos. É como se a dor estivesse terminada, os esforços superados e chegado o momento para o "descanso final, antes da longa jornada".

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

Dentro desse contexto podemos verificar que a relação do assistente social e com os familiares e com o paciente é bastante intensa, uma vez que o mesmo ajuda esses a lidar e a passar por sentimentos fortes em situações delicadas, mostrando assim a sua importância e necessidade dentro do âmbito hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Mesmo com todas as dificuldades inerentes a uma pesquisa teórica o creio que atingimos os nossos objetivos dentro de uma perspectiva inovadora que trata o tema de forma tríplice, paciente, acompanhante e assistente social.

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

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

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

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

Desta forma, o acolhimento oferecido pelo acompanhante ao seu paciente pode vir a ser primordial para sua recuperação, uma vez que contribui para uma melhora tanto da condição clínica quanto do estado emocional deste. Schneider (*et al.*, 2008) em seu estudo refere-se ao acolhimento como um apoio, uma escuta mais atenta às necessidades e desejos de quem recebe a assistência em saúde.

A internação hospitalar de uma criança, por exemplo, pode implicar na rotina da família, bem como gerar modificações. Uma das principais preocupações está no afastamento da mãe das atividades domésticas e por deixar os demais filhos em casa aos cuidados de outras pessoas da família ou amigos que formam a rede de apoio. Da mesma forma, o afastamento do trabalho é considerado uma mudança significativa, pois os pais preferem acompanhar de perto a internação do filho, e conseqüentemente suscitam dificuldades financeiras as quais também são preocupantes.

O cuidador muitas vezes toma as principais decisões em relação ao paciente e enfrenta as dificuldades do cotidiano ao realizar os cuidados. A situação do familiar ao assumir o papel de acompanhante, agrava-se em razão do desgaste físico e emocional a que está exposto.

Assim, os acompanhantes geralmente estão presentes durante toda internação, sem descanso e compartilhando os momentos de angústia e tristeza do paciente. Embora evitem deixar transparecer seus sentimentos, esses familiares tendem se desestruturar emocionalmente. Diante disso, buscam o apoio emocional na família, em outros acompanhantes e na equipe de enfermagem.

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

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

No momento da hospitalização, de um lado, a família depara-se com vários sentimentos conflitantes. Encontra-se imersa em dúvidas, nem sempre sendo-lhe dada oportunidade de expressar suas emoções e expectativas quanto ao diagnóstico ou tratamento de seu familiar hospitalizado. De outro lado, a equipe de enfermagem, sobrecarregada, diante de as inúmeras tarefas a cumprir, por vezes, desconsidera o familiar acompanhante no cotidiano da assistência de enfermagem, ignorando-o por meio de um tratamento autoritário ou de indiferença, revelando uma hegemonia da qual, de certa forma, a equipe de enfermagem se apodera no momento. Nesse momento a figura do assistente social é de fundamental importância para que se possa fazer esse

elo entre acompanhante e corpo médico e de enfermagem para que possa ser feito o melhor para o paciente.

Vale ter em consideração que o cuidado humano apresenta uma conotação diferente ao não se limitar apenas ao aspecto técnico e a realização de uma tarefa ou procedimento. Inclui o componente moral, com o intuito de transformar ambientes, harmonizar as relações, potencializar as características humanas de modo a colaborar com o outro a encontrar seus potenciais e lidar com as adversidades. Assim, quando se pensa o cuidado com essas características se pensa no encontro entre sujeitos, capazes de construir uma relação pautada no compartilhamento de saberes, de poderes e experiências. Sendo também que esta é uma situação injusta, pois os indivíduos que não se incluem nas idades citadas acima tem tanta necessidade da presença de acompanhante quanto os demais.

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

Entre estes desafios, cito alguns que acho de maior relevância para o assistente social: conhecer seus próprios limites e ter autocontrole; saber lidar com a ansiedade e angústia do paciente frente a um ambiente desconhecido; tentar situar paciente e família neste momento de mudanças para a vida de ambos; ter consciência que muitas vezes a família do paciente internado se transforma em um usuário de seus serviços, necessitando tanto de atendimento quanto o paciente; relevar a raiva e rejeição que muitas vezes é projetada nos profissionais que cercam o paciente; ter clareza que cada indivíduo é único e necessita de atenção específica para seu caso; ser ponte entre o paciente, família, instituição e demais profissionais da área; saber como agir em casos de morte do paciente, agir profissionalmente, porém não se mostrando indiferente ao sofrimento da família.

REFERÊNCIAS

BARBIANI, Rosângela; AMARO, Santa; OLIVEIRA, Maristela C. de. **Serviço Social na escola: o encontro da realidade com a educação**. Porto Alegre: Saara Luzato, 1997.

BARBIANI, R. Quadro referencial para análise socioprofissional do Serviço Social rumo ao século demandas e perspectivas. In: Estudos Leopoldenses, **Serie Ciências Humanas**. v. 34, n. 152, São Leopoldo, UNISINOS, 1.998.

BEUTER, Magrid. Atividade lúdica: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **As mulheres portadoras de câncer**, Florianópolis, 1996.

BRASIL. Constituição República Federativa do Brasil. **Constituição 1988**. Sao Paulo, Atka, 1988, p. 81-82.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, DF, 1990.

_____. **Lei Orgânica da Saúde nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. DF.

_____. **Lei Orgânica da Saúde nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. DF.

_____. **Resolução CNS° 218**, nº Conselho Nacional de Saúde, 6 de março de 1997.

_____. **Resolução CFESS N° 383/99**. Brasília, 29 de mar.-ago. de 1999.

BRAVO, M. Inês. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

CARTILHA DOS DIREITOS DO PACIENTE. **Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina**, Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor. Florianópolis, 26 de junho de 2000.

DUNKEL, J.; EISERDRATH, S. **Families in the intensive care uniir: their affect on staff**. San Francisco California, v.12, n.3, may 1983.

FARIAS, Juracy N. de. **Eventos estressantes da hospitalização**. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 1981.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

MANZOLLI, M. C. **Relacionamento em Enfermagem: aspectos psicológicos**. São Paulo: Sarvier, 1987.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: Identidade e Alienação**. São Paulo: Cortez, 1989.

MIOTO, R. C. T. **Famílias de jovens que tentam suicídio**. Campinas: USP, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica: Sistema único de Saúde/ NOBSUS**. Brasília: 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional da Assistência II Sane: Sistema Único de Saúde/NOAS-SUS**: Brasília, 2001.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito de la “cuestión social”. **Temporalis**, Brasília, n. 3, 2001.

PARECER CFESS. **ANÃS, ABESS**, 6 de junho de 1.990.

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

PORTELA, G. L. Abordagens teórico-metodológicas. **Projeto de Pesquisa no ensino de Letras para o Curso de Formação de Professores da UEFS**, 2004.

RAIMUNDO, Fabrícia. **Serviço social na área de internação hospitalar: a relação do profissional com o paciente internado e seu acompanhante**. Florianópolis. 2003.

REIS, Denizi; OLIVEIRA, E. C. de Araújo; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. UNA-SUS. UNIFESP. **Especialização em Saúde da Família**, 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: **Serviço Social e Sociedade**, n. 54, ano XVIII julho 1997, São Paulo: Cortez, 1997.

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