



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

**ANA MARIA DE PAULO**

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ACOMPANHAMENTO AO IDOSO E SUA  
FAMÍLIA DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO NO SETOR DE ORTOPEDIA  
DO HOSPITAL REGIONAL DOUTOR HOMERO DE MIRANDA GOMES NO  
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ – SC**

**Palhoça  
2008**



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

**ANA MARIA DE PAULO**

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ACOMPANHAMENTO AO IDOSO E SUA  
FAMÍLIA DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO NO SETOR DE ORTOPEDIA  
DO HOSPITAL REGIONAL DOUTOR HOMERO DE MIRANDA GOMES NO  
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ – SC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Serviço Social da Universidade do Sul de  
Santa Catarina – UNISUL, para obtenção do título  
de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof Maria de Lourdes da Silva Leite Basto, Msc

**Palhoça  
2008**

**ANA MARIA DE PAULO**

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ACOMPANHAMENTO AO IDOSO E SUA  
FAMÍLIA DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO NO SETOR DE ORTOPEDIA  
DO HOSPITAL REGIONAL DOUTOR HOMERO DE MIRANDA GOMES NO  
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ – SC**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

Palhoça, 24 de Novembro de 2008.

---

Prof. e Orientadora Maria de Lourdes da Silva Leite Basto, Msc  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof. Andréia de Oliveira, Dda  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup> Vera Nícia Fortkamp de Araújo, Msc  
Universidade do Sul de Santa Catarina

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que me apoiaram na elaboração deste trabalho.

A Deus, por toda a minha vida.

A minha família que é o meu alicerce, meu porto seguro, são as pessoas que mais amo nesse mundo.

A meu marido e filha, por entenderem meus períodos de ausência e incentivo nas horas difíceis.

Aos professores, Darlene, Vera, Andreia, Janice, pelo apoio e dedicação.

À Professora orientadora Maria de Lourdes da Silva Leite Basto por toda a presteza e atenção.

Às parceiras e companheiras de Faculdade: Tânia, Maria Inês, Cleusa. ``Conseguimos meninas!!!``

Aos colegas de estágio: Salete, Euci, Fátima, Renata, Patricia e Fernanda.

“Pensar a questão do idoso na sua multiplicidade é seguramente a mais imperativa ação nos dias atuais, dados o nível de descuido e desleixo que paira como uma ameaça sobre o destino dos mais velhos”

Marilene Booth

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso consiste em descrever a importância da intervenção do Serviço Social junto ao idoso e sua família no setor de ortopedia do Hospital Regional de São José. Pensar a atuação do Assistente Social no ambiente hospitalar requer um olhar reflexivo e contextualizado dos diferentes atores sociais para que de forma democrática e participativa busque-se oferecer serviço de qualidade com enfoque na humanização do atendimento reconhecendo os usuários e, prioritariamente, o idoso como cidadão de direitos. Neste contexto, a participação da família é de fundamental importância, pois a ausência desta na vida do idoso traz conseqüências que interferem no processo de recuperação dos mesmos, já que a saúde é resultado do conjunto de condições em que vivem as pessoas.

**Palavras chave:** Saúde, Idoso e Família.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CAPs – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

FMI – Fundo Monetário Internacional

HRSJ – Hospital Regional de São José

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

IPASE – Instituto de Previdência dos Servidores

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PNH – Programa Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PSF – Programa Saúde da Família

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado do Sistema de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.....</b>	<b>11</b>
2.1 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	11
2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	19
<b>2.2.1 O processo de trabalho do Serviço Social na área da saúde.....</b>	<b>25</b>
2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA HOSPITALAR.....	27
<b>3 O IDOSO NO CONTEXTO HOSPITALAR.....</b>	<b>34</b>
3.1 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO.....	34
3.2. BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	38
<b>3.2.1 Reflexões sobre o envelhecimento humano.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2.2 O idoso na sociedade contemporânea.....</b>	<b>43</b>
3.3 O IDOSO NA RELAÇÃO FAMILIAR.....	46
<b>4 PRÁTICA DE ESTÁGIO E CARACTERIZAÇÃO.....</b>	<b>50</b>
4.1 APRESENTAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	50
4.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HRSJ.....	51
4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ESTÁGIO VIVENCIADA NO SEOTR DE ORTOPEDIA NO HRSJ.....	53
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>62</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso – TCC foi motivado pelo estágio curricular obrigatório realizado no Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes, tendo como objetivo descrever a importância da intervenção do Serviço Social junto ao idoso e sua família no setor de ortopedia, o qual gerou reflexões sobre a questão da saúde do idoso e o acompanhamento durante o período de internação.

Neste sentido, por meio da discussão da Política Nacional do Idoso, foi possível apresentar a importância do apoio familiar durante a internação, onde através do processo de escuta qualificada são relatadas as demandas existentes e, assim, sistematizados os direitos sócio-assistenciais e previdenciários do usuário idoso.

A saúde é resultado do conjunto de condições em que vivem as pessoas, ou seja, moradia, alimentação, lazer etc. Sendo assim, não se constitui numa condição individual, mas resultado de um processo coletivo. Sendo a saúde um direito de todos e um dever do Estado, ela deve estar assegurada desde a infância até a velhice.

O referido projeto torna-se relevante, pois gera reflexões sobre a questão da saúde do idoso e a viabilização de seus direitos, bem como a atuação do Serviço Social como mediador deste com sua família. Desta forma, este trabalho pretende mostrar que é de fundamental importância a atuação da família no processo de recuperação do usuário idoso.

Neste contexto, a saúde do idoso é uma conquista diária feita de cuidados que irão garantir bem estar físico e mental. Viver mais é desejo que nós temos, mas não apenas mais anos, mais tempo, o que queremos acima de tudo é viver com saúde.

Para tanto, este TCC está organizado da seguinte forma: primeiramente é tratada a trajetória das políticas de saúde no Brasil, contextualizando seus aspectos históricos e a atuação do Serviço Social na área da saúde onde aborda-se o processo de trabalho na área hospitalar.

Posteriormente, apresenta-se a política nacional do idoso, dando destaque à política de humanização. Ainda neste capítulo, apontam-se as questões referentes à reflexão sobre o envelhecimento humano e o idoso na relação familiar.

O último capítulo apresenta a sistematização da prática de estágio, onde, inicialmente é apresentado todo o campo de estágio e, posteriormente a experiência vivenciada nesse período, ressaltando a atuação do Serviço Social no HRSJ.

## 2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Neste capítulo, serão abordados a trajetória das políticas de saúde no Brasil, dando ênfase ao Serviço Social na área da saúde ressaltando, assim o processo de trabalho no âmbito hospitalar do Assistente Social.

### 2.1 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo Bravo, na década de 20, acontecem tentativas de extensão do serviço de saúde pública por todo o país e em 1923, a reforma Carlos Chagas tenta ampliar o atendimento como uma das estratégias da União na tentativa de ampliar o poder nacional diante da crise política de 1922.

Uma das medidas mais importantes da época constituiu-se na primeira fonte de proteção social com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAPs, conhecida como a Lei Elói Chaves, que eram financiadas pela União, por empresas empregadoras e por empregados, sendo que só grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. Dentre os serviços oferecidos estavam previstos, assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Anteriormente à década de 30, a assistência médica se dava de maneira filantrópica e como prática liberal. A vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas foram as primeiras iniciativas de organização no setor da saúde que aconteceram em decorrência das transformações econômicas e políticas. A questão da saúde começa a surgir como reivindicação do movimento operário, fruto da questão social que emergia com o trabalho assalariado.

Na década de 30, os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, criados a partir da medicina previdenciária, estendeu os benefícios para um número maior de assalariados a fim de diminuir gastos devido ao crescimento da massa de trabalhadores. Oliveira e Teixeira (1986: 61-65 apud BRAVO) citam o modelo de previdência da época, nos anos de 30 a 45, como modelo de orientação

contencionista. Começa, então, a surgir a assistência social com limites orçamentários para despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica.

No período de 1930 a 1940 foram adotadas alternativas para a saúde pública como

Ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; criação de serviços de combates às endemias(Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); reorganização de Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate as endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAGA E PAULA, 1986 apud BRAVO, 2006, p. 91).

Posteriormente a década de 30, o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais e reivindicações dos trabalhadores foram indicadores de transformações econômicas e políticas que aconteceram na sociedade brasileira. Com o avanço do mercado no domínio do capital industrial, a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em condições precárias de higiene, saúde e habitação, possibilitaram que as questões sociais e as de saúde fossem combatidas com políticas sociais nacionais com alternativas adotadas para a saúde pública.

Dentro deste contexto, Kleba, aponta que

Ao final da década de 40, houve um grande investimento em programas sociais. Diversos conjuntos habitacionais foram construídos pelos Institutos. Seus contribuintes recebiam um auxílio financeiro na aquisição de moradias. O acesso dos contribuintes à alimentação, à formação básica e profissional também foi facilitado pelos Institutos. (KLEBA, 2005, p.155)

No período de 1945 a 1950, consolida-se a Política Nacional de Saúde, almejada desde 1930. Em convênio com órgãos do governo norte-americano e com o patrocínio da Fundação Rockefeller cria-se o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, no final dos anos 40, que envolvia as áreas da Saúde, Alimentação,

Transporte e Energia, e tinha a saúde como finalidade principal, porém, não fora implementado.

Segundo Buss (1995), “Na década de 50 com a industrialização, ocorre um aumento da assistência médica ligada à previdência social.”

Ainda de acordo com o autor acima citado, desde o início até meados de 60 o modelo hegemônico de saúde foi o denominado sanitário campanhista, baseado em políticas e controle de doenças, exigência do modelo agroexportador da época.

Teixeira, assinala que

Começa desta forma, a instituir-se o modelo médico assistencial-privatista, em substituição ao modelo anterior, que vigorará de meados dos anos 60 até metade dos anos 80. Esse modelo estende a assistência previdenciária a quase totalidade da população, privilegia a prática médica curativa, individual especializada e sofisticada, em detrimento da saúde pública, cria através da intervenção estatal um complexo médico-industrial e um padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade. (TEIXEIRA, 1989, p. 31)

Neste cenário, a política nacional de saúde foi formulada a partir de dois subsectores, a saúde pública que predominou até meados dos anos 60 e a medicina previdenciária, que superou a saúde pública posteriormente a 66.

Ainda na década de 60, Cabral fala sobre a criação do Instituto Nacional de Previdência Social

Neste período é criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, com base na unificação e uniformização dos planos de benefícios e expulsão dos trabalhadores da gestão previdenciária. Na área da assistência médica tem-se uma orientação política de compra de serviços à rede privada, com ênfase na prática de medicina curativa, promovendo um processo de aumento crescente da lucratividade e da capitalização do setor saúde. O INPS, em 1967, vai assumir o seguro de acidente, apesar da resistência das seguradoras. (CABRAL, 1994, p.122)

A dominação da burguesia e suas conseqüências políticas, econômicas e sociais, estabeleceu novos canais de mediação com o Estado na tentativa de consolidar a hegemonia do poder estatal em 1964.

A situação da Saúde Pública entre os anos 45 a 64 contemplou épocas em que o investimento, apesar de favorável na área, não conseguiu eliminar o de doenças infecciosas, parasitárias, as elevadas taxas de mortalidade e morbidade infantil em geral.

Entre 1974 a 1979 a política social objetivava maior enfrentamento com a finalidade de encontrar soluções para as reivindicações e pressões da população. Mesmo com o Ministério da Saúde retomando medidas de saúde pública, aumentaram no Sistema Nacional de Saúde as contradições.

Ao falar sobre a Reforma Sanitária no Brasil no final da década de 70, que culminou até a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, Kleba, ressalta que

As reivindicações e bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária motivavam inúmeros profissionais atuantes nas estruturas governamentais a se engajarem na implementação das mudanças legais e institucionais em curso. (KLEBA, 2005, P.165)

Neste sentido, Escorel corrobora que

O Movimento da reforma Sanitária foi criado nos meados dos anos 70 por um grupo de intelectuais, profissionais de saúde e políticos. O primeiro constituiu em organizar um departamento de medicina preventiva no interior de algumas universidades, a partir do qual se podia irradiar uma consciência crítica sobre saúde. (SCOREL, 1988, p. 6)

O Movimento da Reforma Sanitária apresentava propostas visando a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Para tanto, ao abordar este tema, Teixeira, conclui que

O Movimento como um processo de mudança das normas legais e do aparato institucional, os quais regulam e executam a assistência à saúde dos cidadãos. Uma mudança assim incorre na transferência de poder político a diferentes grupos populares e lhes dá voz na busca do direito universal à saúde e na construção de um sistema assistencial adequado. (TEIXEIRA, 1995, p. 39)

Com o processo de democratização política nos anos 80 a saúde contou com o envolvimento de novos sujeitos sociais nas discussões das condições de vida da população e das propostas governamentais para o setor da saúde assumindo, assim, uma dimensão política vinculada à democracia. As propostas defendidas por esses novos sujeitos foram

...a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através do Sistema Unificado de Saúde - SUS, a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 96).

A autora coloca ainda, que a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde foi fundamental para o debate da situação da saúde no Brasil introduzindo a sociedade nesta questão e propondo a Reforma Sanitária.

A VIII Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986, como aponta Brasil (1988), tem como tema o direito à saúde como parte da cidadania e a reorganização do setor em um Sistema Único de Saúde – SUS, onde propõe-se uma concepção ampla de saúde encarada como resultante das condições de vida e trabalho da população.

A reorganização do setor em um Sistema Único a ser coordenado por um comando único em cada nível de governo com a participação popular foi uma proposta de consenso na VIII Conferência Nacional de Saúde.

A Constituição de 1988 confirma a extensão dos direitos sociais no país, incorporando novos avanços que buscaram corrigir as diferenças sociais que visavam a privatização do “público” pela classe dominante. A questão da saúde era defendida de um lado por grupos empresariais representados pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado), a Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais) e por outros defensores da Reforma Sanitária.

Por meio do resgate das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 cria o Sistema Único de Saúde, em substituição ao

SUDS<sup>1</sup>, sendo o mesmo regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde – LOS nº 8.080 e nº 8.142 de 1990.

Para Gonçalves (1990), o SUS, constitui-se numa nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde.

Brasil, discorre que esse sistema tem como princípios:

Universalidade e igualdade na assistência, respeitando-se a autonomia dos indivíduos; integralidade, prevendo tanto o trabalho preventivo, terapêutico e de reabilitação, quanto a atuação conjunta dos diversos setores e serviços de interesse público; descentralização político-administrativa, com repasse de responsabilidade aos gestores locais, possibilitando a organização do sistema assistencial de forma regionalizada e hierarquizada e garantindo a distribuição e utilização dos recursos de forma racional, coordenada e eficiente, bem como o planejamento fundamentado em critérios epidemiológicos; direito à participação e informação aos cidadãos. (BRASIL, 1996 apud KLEBA, 2005, p.173)

Segundo Bravo (2006), na década de 90, com o redimensionamento do papel do Estado com a influência da Política de Ajuste Neoliberal há um forte ataque por parte do grande capital, aliado por grupos de dirigentes. A reforma da previdência, desprezando a seguridade nacional, teve a intenção por parte do governo de desmontar a proposta de Seguridade Social proposta pela Constituição de 1988.

A autora acima citada, ao falar da reforma do Estado, aponta que

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia e parte do suposto que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu plano diretor considera que há esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem com principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. (BRAVO, 2006, p. 100)

---

<sup>1</sup> SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde, que antecedeu a criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1988, sendo este considerado um passo mais avançado na reformulação administrativa no setor.



A hegemonia neoliberal no Brasil acaba por reduzir os direitos sociais e trabalhistas, causando o desemprego estrutural, precarizando o trabalho do profissional da saúde no desmonte da previdência pública e no sucateamento da saúde e da educação.

Desta forma, a proposta para a Saúde alcançada na década de 80, perde para o mercado, atingindo parcerias com a sociedade civil, que assume os custos da crise. Uma proposta de sucateamento da política e saúde surge a figura do Assistente Social e cuidadores com a finalidade de realizarem serviços profissionais como principal objetivo tem-se a redução de custos no trabalho realizado na área, em consonância com os pressupostos das políticas neoliberais de contenção da máquina Estatal.

Para Costa

O projeto de saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços a nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (COSTA 1997 apud. BRAVO, 2006, p.101)

A política de Saúde Social no Governo Lula teve seus “ranços” e avanços, houve o retorno da concepção da Reforma Sanitária e foram escolhidos para o segundo escalão do Ministério profissionais comprometidos com a reforma, assim:

(...) sendo criadas quatro secretarias e extintas três: a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de saúde a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde. É a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho de Saúde. (BRAVO, 2006, p.102).

Em 2002, é aprovada pelo Conselho Nacional da Saúde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, objetivando regularizar as profissões da saúde e o mercado de trabalho para a área.

Com o objetivo de solucionar problemas do SUS relacionado aos recursos humanos e de qualidade dos serviços de saúde, a 12ª Conferência Nacional de Saúde elaborou um documento que abordou a temática dentro de 10 eixos:

Direito à saúde; As três esferas do Governo; a Intersetorialidade das Ações da Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; e a construção do SUS; A organização da Atenção à Saúde; O trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e tecnologia e a saúde; O Financiamento do SUS e Informações, Informática e Comunicação. (BRAVO, 2006, p.103).

Esta Conferência não teve a mesma repercussão que a anterior nem teve grandes avanços em relação à reforma sanitária. Juntamente com outras entidades e membros do Ministério da Saúde aconteceram, de 2003 a 2005, conferências e congressos na tentativa de fortalecer a concepção de Seguridade Social. No entanto, não houve a aprovação do relatório final devido à fragilidade na condução das plenárias, não se configurando num mecanismo de democratização da política de saúde.

Houve poucos avanços na política de saúde dos anos 90, a ênfase do governo na focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, o desfinanciamento e a crítica na falta de comprometimento político na viabilização da Seguridade Social referem-se às características de continuidade das políticas da saúde nesta época.

Bravo (2006) coloca que, o comprometimento do governo com o FMI na desvinculação de recursos para as áreas da saúde e educação, desresponsabilizando a União, os Estados e os Municípios contrariando assim os preceitos constitucionais e ameaçando o financiamento para a área da saúde acabam por acarretar a precariedade dos serviços oferecidos. Toda a questão abordada vislumbra programas focais que não modificam a situação, apenas maquiam a realidade social perpetuando as desigualdades sociais.

Ainda existe uma grande distância entre o que se tem e o que se pretende para o Sistema de Saúde brasileiro. Atualmente, há uma antagônica relação entre a

teoria e a prática e só a conquista através de movimentos sociais poderá contribuir para a superação dessa realidade social na área da saúde, de forma que se garanta o direito de cidadania e uma base de igualdade para a concretização de uma verdadeira política social.

## 2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Analisando a trajetória histórica do Serviço Social percebe-se que muitas lutas foram realizadas no sentido de se fazer compreender que todos os indivíduos têm direitos. Porém, fazê-los conhecedores dos seus direitos exige tempo, conhecimento e estratégias, pois o direito está sempre na contra mão do usuário.

Bravo (2006), ressalta que “Passar da condição de indivíduo para sujeito de direitos, cidadão, exigiu de muitas pessoas a luta por condições melhores”. Neste sentido, nada vem simplesmente, os direitos hoje proclamados são fruto da participação e mobilização das classes trabalhadoras de diferentes segmentos da sociedade na luta pela democracia, na luta para o reconhecimento como classe trabalhadora com direitos trabalhista reconhecidos.

Assim, acredita-se que, a Constituição Federal de 1988, marca para os diferentes segmentos da sociedade a concretização da proclamação de muitos direitos. Inaugura-se, assim, um novo sistema de proteção social pautado na concepção de seguridade social que universaliza os direitos sociais, concebendo a Saúde, Assistência Social e a Previdência como questão pública de responsabilidade do Estado.

A Constituição de 1988, representou no plano jurídico a busca, a afirmação e a extensão dos direitos sociais em nosso país diante do enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. Busca ainda, através da legalidade, corrigir as injustiças sociais implantadas no decorrer da sua trajetória, incapaz de universalizar direitos, tendo como meta a tradição de privatizar o que é público pelas classes dominantes.

A Constituição é um marco histórico, um ganho para a sociedade porém, a mobilização não para por aí, o fato de estar escrito não é garantia de ação prática e

efetiva. Infelizmente, alguns direitos só se efetivam na prática através de muitas lutas, conhecimento e a participação social.

Ao analisar historicamente a relação entre o capitalismo e a democracia, Borón (1994, p. 97), coloca que a progressiva democratização do Estado capitalista foi resultado da mobilização política das classes subalternas sem as mobilizações populares e as lutas operárias, suas conquistas democráticas não teriam sido possíveis e o Estado burguês teria se cristalizado com a simples dominação oligárquica, remoçada com certos traços formais de conteúdo liberalizante. (BORÓN, 1994 apud CORREIA, 2006, p. 128)

Ao refletir sobre o assunto percebe-se que, em diferentes setores que prestam serviço à população constata-se a falta de compromisso e respeito aos direitos adquiridos. Os usuários mais desprovidos de conhecimento e informação são os que mais sofrem as conseqüências da falta de compromisso com a prática das políticas públicas, seja na segurança, educação, e principalmente, na área da saúde, onde, muitas vezes, o usuário chega fragilizado, assim, a acolhida do profissional da área da saúde e a relação de respeito e afeto vão fazer a diferença nos serviços prestados.

Ressalta-se, desta forma, a importância dos profissionais que atuam na área da Saúde, onde destaca-se a relevância do Assistente Social, presente em diferentes segmentos da sociedade. A inserção dos Assistentes Sociais nos serviços de Saúde define-se a partir das condições históricas sobre as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

afirma que refletir sobre o processo de trabalho em saúde implica, no mínimo, em apreender as dimensões tecnológicas, organizacionais e políticas daquela prática social. Este fator nos remete em pensar a saúde como uma política social pública que se materializa como um serviço cujo conteúdo, finalidade e processos de trabalho merecem conceituações de natureza teórica e histórica. (LAURELL 1989 apud COSTA 2006, p 308)

Neste contexto, Costa (2006) coloca a inserção do Assistente Social da seguinte forma

Nota-se que os serviços de saúde, a inserção dos Assistentes Sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (COSTA, 2006, p. 310)

A profissão acompanhou as transformações vividas no contexto político e econômico do país, trazendo novas tendências para as práticas de saúde, para a reorganização do setor, até transição para democracia.

Com a democracia tomando proporção nos anos de 1980 passou-se, assim, por alavancar questões dentro da categoria profissional em torno do rompimento das ações até então praticadas no âmbito curativo e com abordagem individual, através do Serviço Social de caso.

Na área da saúde, para Bravo (1996), o Serviço Social chega à década de 90 com incipiente alteração da prática institucional e continua, enquanto categoria, desarticulado no Movimento da Reforma Sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão, além de insuficiente produção sobre as demandas postas à prática de saúde.

O Serviço Social passa a agir em defesa dos princípios do SUS mesmo que ainda sem muita integração com os ideais do movimento sanitário, buscando atuar para efetivação e consolidação do sistema de saúde através do controle social, fortalecendo a organização política dos movimentos e na universalização dos serviços prestados.

O início da década de 90 trouxe alguns avanços significativos para o Serviço Social no aspecto institucional, com a promulgação do novo Código de Ética, a Lei de Regulamentação da Profissão e através da Resolução nº 38 do Conselho Nacional de Saúde<sup>2</sup>, que reconhece o Serviço Social como profissão atuante na área da saúde.

Iamamoto (1999) considera outro desafio o desenvolvimento da capacidade de decifrar a realidade e construir propostas criativas e capazes de preservar e

---

<sup>2</sup> A Resolução CNS nº 38 de 4 de fevereiro de 1993, considerando a importância dos profissionais Biólogos, Médicos Veterinários e *Assistentes Sociais* nos serviços da área da saúde, considera que estas profissões, em suas normas legais, estão inseridas no campo da saúde.

efetivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano, rompendo com o caráter burocrático até então estabelecido à profissão.

Ainda, segundo a autora acima citada, cabe considerar que o exercício profissional ocorre não somente no âmbito das relações entre o Estado e a sociedade, ampliando sua atuação especializada para outras entidades empregadoras como empresas privadas exigindo, assim, um profissional que busque a partir do movimento da realidade, detectar tendências e possibilidades de produzir serviços sociais que atendam às necessidades da população.

O Assistente Social ao atuar no campo dos serviços governamentais, irá operar com fundo público, participando do processo de redistribuição da mais valia social, segmentando interesses majoritários da coletividade.

Ao Serviço Social cabe, através de sua intervenção profissional na área da saúde, buscar elementos para trabalhar no âmbito da justiça social contribuindo para a consolidação do direito à saúde conforme idealizado pelo movimento de Reforma Sanitária e, principalmente, para a garantia dos princípios e diretrizes do SUS.

Torna-se importante ressaltar que o protagonismo médico dominante na área da saúde e a postura subalterna histórica constitui-se em grandes desafios no que se refere às propostas do Movimento Sanitário o qual busca-se uma saúde coletivizada.

A consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, propriamente do direito à saúde de forma universal e integral, está pautada em uma visão mais global e uma comunicação sistemática por parte dos profissionais envolvidos, no que diz respeito às ações e serviços para atendimento às demandas. Estas que acabam tendo seus direitos violados por conta das contradições existentes no sistema, onde suas necessidades muitas vezes se confrontam com as formas de organização dos serviços. Contudo

O Serviço Social se insere, portanto, na equipe de saúde como o profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde. O Assistente Social, como profissional da saúde, tem como competência intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, que seja em nível de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1990)

A qualidade dos serviços prestados pelo profissional de Serviço Social está pautada na sua qualidade técnica e política na perspectiva do cumprimento da Lei de Regulamentação e do Código de ética da profissão, traçando assim um grande desafio para os profissionais no que tange romper com o conservadorismo que predomina nas relações de trabalho.

Em relação à ação profissional, Vasconcelos aponta

O que está em jogo para os Assistentes Sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é, partindo da definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser compreendido na relação de unidade entre teoria e prática. (VASCONCELOS, 2002, p. 12)

A autora fala ainda que, é de cunho dos Assistentes Sociais terem a capacidade de captar o que há de social relacionado à questão da saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual para resolver problemas emergenciais mínimos para sobrevivência. Cabe ao profissional contextualizar a situação em que o usuário se encontra tematizando, publicizando e ampliando o direito à saúde, mediados pelo direito ao saneamento, condições de trabalho, educação, onde todos estes são direitos que devem ser assegurados pelo Estado.

Os processos de trabalho em saúde exigem do Assistente Social um caráter articulado dentre todos os níveis do SUS e as outras políticas públicas existentes, com objetivo de contribuir na garantia da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Assim sendo, o profissional passa a colaborar na direção da objetivação dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que realizem e busquem seus próprios direitos.

Assim, o trabalho dos Assistentes Sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam. De fato, a inserção do Serviço Social encontra-se profunda e particularmente enraizada na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do

Serviço Social fragmentam as próprias necessidades do ser social e, a partir desse processo, como organizam seus objetivos institucionais que se voltam para a intervenção sobre as necessidades. (ABEPSS,1996).

A intervenção na área da saúde deve estar não somente nos preceitos institucionais dos SUS mas, particularmente, nos princípios do Código de Ética Profissional, tornando o processo peculiar à autonomia técnica do profissional consolidando seu caráter interventivo.

A postura política do profissional deverá andar a favor das propostas e objetivos do projeto ético-político, realizando uma prática compatível com o processo de ruptura com o conservadorismo, traçando práticas progressistas que condizem com a base do projeto ético-político. Tanto no setor público como no privado, reafirma-se a natureza contraditória da profissão que, muitas vezes, fica atrelada à lógica do mercado e não da ampliação dos direitos.

Contudo, o Serviço Social vem ao longo dos anos conquistando seu espaço nas instituições introduzindo seu instrumental teórico e buscando maior qualificação. O trabalho do Serviço Social torna-se cada vez mais imprescindível para amplitude do atendimento multiprofissional das instituições, o que leva a um considerável aumento de profissionais de Serviço Social atuantes na área da saúde.

Atualmente, verifica-se ainda a inserção dos profissionais de Serviço Social atuando também na coordenação e gestão da política, nos Conselhos, nas práticas coletivas de vigilância e epidemiologia sanitária e ambiental confirmando, assim, o ampliado leque posto a atuação profissional.

Apesar do reconhecimento e do crescimento quantitativo de profissionais do Serviço Social na área da Saúde, entende-se que ainda é insuficiente para revelar os modos e as formas de objetivação do trabalho desses profissionais no interior do processo de cooperação, que constitui o trabalho coletivo nos serviços públicos de Saúde. Diferentemente do processo de trabalho industrial o processo de trabalho dos profissionais do Serviço Social se fundamenta numa inter-relação pessoal intensa que se constitui em um processo de intersecção partilhada.



### 2.2.1 O processo de trabalho do Serviço Social na área da saúde

Segundo Marx, o trabalho é um processo do qual participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza.

O processo de trabalho do Serviço Social como qualquer trabalho no setor de serviços gera valores de uso apesar de não produzir diretamente mais valia. Seu produto não é material, mas expressa um resultado, um valor de uso, que incorpora ou não, dependendo de cada prática profissional em si, do processo geral de produção e de reprodução social. É configurado por todo fazer profissional que abrange metodologias, utilização do arsenal técnico da profissão, estabelecimentos das diretrizes de ação, comunicação e de prestação de serviços aos usuários (GENTILLI, 1988, p.22).

Implica, portanto, uma matéria ou objeto sobre o qual incide a ação: meios ou instrumentos de trabalho que potencializam a ação do sujeito sobre o objeto e a própria atividade, ou seja, o trabalho direcionado a um fim, que resulta em um produto.

O conhecimento e as habilidades adquiridos pelo Assistente Social fazem parte do acervo de seus meios de trabalho. O produto do trabalho é o resultado que se consegue ter com a ação desenvolvida, e que seja útil a alguém.

Segundo Iamamoto

O Serviço Social é necessário porque ele atua sobre questões que dizem respeito à sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora. Viabiliza o acesso não só a recursos materiais, mas as ações implementadas incidem sobre as condições de sobrevivência social dessa população. (IAMAMOTO, 1999, P.67)

A finalidade maior do Serviço Social é a defesa dos direitos sociais, a ampliação da cidadania e a consolidação da democracia.

Segundo Guerra (1995), a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão adquire na medida em que concretiza objetivos. Ela

possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais.

Falar de instrumentalidade do Serviço Social remete a uma determinada capacidade ou propriedade que a profissão adquiri na sua trajetória sócio-histórica, como resultado do confronto entre teleologias e causalidades. (GUERRA, 2000, p. 6)

Desta forma, é por meio da instrumentalidade que os Assistentes Sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível do cotidiano.

Não é o instrumento técnico de atuação, mas a capacidade construtiva da profissão que constrói e reconstrói no processo histórico social. Construção profissional sócio-histórica que se dá através das relações sociais.

Assim, os objetivos profissionais são atingidos com uma intencionalidade que modifica as relações sociais na vida cotidiana. A partir da modificação os profissionais estão dando instrumentalidade às suas ações.

Portanto, ela deve ser compreendida como categoria teórica que envolve o projeto de profissão, lembrando o conjunto de princípios que estão pautados no código de ética. Através da ação profissional o Assistente Social utiliza instrumentos para possibilitar viabilização de direitos aos usuários.

Durante a prática de estágio, os instrumentais técnico-operativos mais utilizados foram à entrevista e a observação. Sendo que a primeira trata-se de um procedimento que permite a relação direta entre o Assistente Social e o usuário, onde há uma reciprocidade entre fala e escuta. Assim, Magalhães, define entrevista da seguinte forma

A entrevista implica relacionamento profissional em todos os sentidos: na postura atenta e compreensiva, sem paternalismos; na delicadeza do trato com o usuário do serviço, ouvindo-o, compreendendo-o e, principalmente, “enxergando-o” como um sujeito de direitos. (MAGALHÃES, 2003, p. 48)

Minayo, ao falar sobre a importância da entrevista, faz a seguinte colocação

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta voz as representações de grupos determinados, em condições históricas, socio-econômicas e culturais específicas. (MINAYO, 2000, p.36)

Aliado às entrevistas, foi operacionalizada também a observação, considerada um instrumental de grande relevância, haja vista que possibilita o uso de todos os sentidos para estudar o ambiente e os comportamentos. Para tanto, Gil conceitua observação da seguinte maneira

Aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem. Neste procedimento, o pesquisador é muito mais um espectador que um ator. (GIL, 1991, p.107)

Durante a utilização dos instrumentais técnico-operativos, é importante que o profissional, pautado no projeto ético-político da categoria, esteja atento aos mínimos detalhes, principalmente ao que não está explícito, abolindo pré-julgamentos e idéias pré-concebidas

### 2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA HOSPITALAR

Ao analisarmos a prática do Serviço Social temos que considerar o momento histórico em que esta surgiu, ou seja, em um momento onde a questão da assistência começa a ser repensada e ganha um cunho técnico e científico.

A performance da caridade cristã e a questão social resultante das relações sociais capitalistas plasmaram a cientificidade da assistência social, através do surgimento da assistência social como prática profissional. (OLIVEIRA, 1989, p.286)

Segundo Bertanini (1987), ao considerar a história conseguimos entender o caráter que o senso comum atribui aos Assistentes Sociais, ou seja, o profissional da assistência, o provedor de recursos. Todavia, os objetivos do Serviço Social no contexto hospitalar vão muito além de atender as providências pretende-se, na verdade, um trabalho mais amplo que compreenda o usuário na relação consigo mesmo, com a doença, com a família e a sociedade. Neste sentido, busca-se auxiliar em seu processo de recuperação através da interpretação do diagnóstico médico e da amenização de suas tensões, bem como motivando-o a ser agente ativo nesse processo.

O trabalho do Assistente Social, na unidade hospitalar, deve ser educativo e transformador e se torna imprescindível, pois esse profissional é o mais indicado para ser o mediador da rede de relações, visto que busca sempre envolver todos os sujeitos inseridos nesse processo.

Assim, conforme Souza, Ramos e Ferreira (1997) cabe ao Serviço Social, promover uma ação educativa, visando desencadear um processo reflexivo nos pacientes e familiares, para que possam participar do processo de tratamento e/ou cura.

A área hospitalar é um campo muito rico para a atuação do Serviço Social, pois o profissional terá oportunidades de intervir nos determinantes sociais que permeiam o processo saúde-doença. São várias as questões que podem ser trabalhadas pelo Assistente Social na área da saúde, sejam as trazidas pelos usuários na hora da hospitalização, as quais podem ser de cunho social, econômico, emocional, etc... E também as trazidas por seus familiares, como a dificuldade de permanecerem por muito tempo acompanhando ou visitando seu parente e/ou amigo internado. Isso se dá devido ao fato de muitos serem oriundos do interior do Estado ou por terem uma situação econômica precária ou, ainda, por ambos os motivos o que, obviamente, impossibilita o seu acompanhamento integral ou parcial por parte dos familiares e/ou amigo.

A atuação do Serviço Social na área hospitalar se refere às atribuições específicas que influenciam diretamente nos problemas e dificuldades apresentados pelo usuário ou familiar, e que diz respeito à área das necessidades humanas e sociais.

Cabe ressaltar que na pesquisa bibliográfica realizada pela acadêmica, constatou-se poucas referências relativas a temática da intervenção do Serviço Social junto ao idoso internado. Desta forma, a construção teórica deste item também será baseada na experiência vivenciada no campo de estágio.

Dentro deste contexto, foi possível observar que o idoso requer atenção especial, exige um cuidado diferenciado, com maior sensibilidade por parte do profissional que presta o atendimento, além de uma bagagem significativa de conhecimentos específicos da área.

Por meio de uma equipe interdisciplinar o acolhimento deve proceder de forma a identificar as ansiedades, angústias e medos do idoso e seus familiares. Com a hospitalização, o usuário defronta-se com mudanças nos seus hábitos de vida, bem como o distanciamento de familiares, amigos e objetos pessoais.

O aspecto humano do cuidado, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implantado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente hospitalar faz com que os membros da equipe de saúde, na maioria das vezes, esqueçam de conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente.

Com o intuito de amenizar esta situação, tornando o atendimento mais humanizado, foi criado em 2001 a Política Nacional de Humanização – PNH.

Construída a partir de amplo debate entre os diversos órgãos do Ministério da Saúde e representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde.

É a proposta de uma nova relação entre usuário, os profissionais que o atendem e a comunidade. Todos juntos trabalhando para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, com locais mais confortáveis, que atenda bem toda a comunidade, comprometido com a qualidade de seus serviços e com a saúde integral para todos.

A humanização, na prática, requer as seguintes ações: redução das filas e do tempo de espera e atendimento acolhedor; todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; aumento do grau de co-responsabilidade de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das

necessidades sociais de saúde; mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, ou seja, melhoria das condições de trabalho e de atendimento; troca e construção de saberes; trabalho em rede com equipes multiprofissionais; pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal) para construção de redes solidárias, participativas e interativas, comprometidas com a produção de saúde e efetiva implantação as políticas públicas de saúde; fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e grupalidade; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH – (MS, Brasília, 2001) tem como objetivo a promoção de uma cultura de atendimento humanizado na área da saúde. O programa pressupõe uma melhoria efetiva e permanente da qualidade dos serviços de saúde; requer uma abordagem que seja capaz de integrar os avanços técnico-científicos da medicina; absorver os avanços derivados das novas técnicas de administração hospitalar que podem advir da adoção de uma ética universalista de atendimento humanizado, fundada no respeito à singularidade das necessidades dos usuários e dos profissionais.

Nessa perspectiva integradora, o conceito de humanização adquire um caráter transversal e vincula-se a um conjunto de condições e relações que se estabelecem no processo de trabalho e atendimento hospitalar.

Entre as principais ações promovidas pelo programa, incluem-se a formação de grupos para a elaboração de políticas de atendimento humanizado; a capacitação de profissionais para a elaboração de projetos locais de humanização; a catalogação de experiências de humanização que vêm sendo implementadas em diferentes regiões do país; a realização de pesquisas para avaliar as condições de humanização do atendimento nos hospitais da rede SUS; a criação do Portal Humaniza SUS, que sistematiza todas as Informações relativas à Rede de Humanização implementadas pelo PNHAH.

A humanização dos hospitais será uma ação tão abrangente que as exigências de cidadania farão com que extrapole o âmbito dos hospitais públicos e chegue aos estabelecimentos privados. Até porque, ela decorre dos direitos do

usuário, razão de ser da própria rede hospitalar. Aí não será suficiente o hospital apresentar aqueles itens tradicionais de qualidade e organização, mas terá de responder com ambientes, ações e gestos humanizados, humanizadores e de qualidade de vida em respeito aos próprios direitos humanos e em resposta às novas exigências sociais.

Neste contexto, surge outra necessidade voltada para o serviço que consiste na mudança da visão de trabalho dos profissionais de saúde. Em muitos lugares, quando se fala em profissionais de saúde, pensa-se apenas em Médicos e Enfermeiros. As experiências multi e interdisciplinares ainda não ganharam a abrangência que precisam ganhar para transformar-se num novo padrão de trabalho. Diferente do que ocorre quando se fala em profissionais de saúde, é necessário que se entenda aí todas as categorias envolvidas com a atenção à saúde: Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Psicólogos, Arteterapeutas, Vigilantes, dirigentes; todos, enfim, que prestam serviços no estabelecimento.

O PNHAH, portanto, visa criar uma cultura de humanização, partindo do que já é feito nesse sentido, ou seja, criar uma filosofia organizacional que promova a conjugação cotidiana do verbo humanizar. A preocupação é com a continuidade da assistência hospitalar humanizada que supere as discontinuidades que as mudanças de direção, chefia e governo geralmente provocam.

A humanização do atendimento envolve a observação de todos os aspectos ligados ao adoecer, o respeito aos temores, às crenças e às fragilidades dos usuários e de seus familiares, além da ética na adoção das atividades técnico-científicas. Aumenta a integração da equipe técnica com os usuários para uma nova concepção sobre os hospitais, fazendo com que eles passem a ser entendidos como um recanto que tenta fornecer informações para a manutenção de uma boa saúde ou a sua recuperação.

A humanização da assistência hospitalar está longe de ser satisfatória. Urge encontrar novas estratégias que propiciem soluções para a grave questão existente nas instituições de saúde, ou seja, para a massificação do atendimento ao ser humano. Apesar de várias iniciativas postas em prática, elas não têm sido suficientes. Há um descontrolado aumento de tempo de espera nas filas, há falta de

medicamentos e, especialmente, um estrangulamento das oportunidades de acesso para todos.

Segundo Bettinelli, Waskievicze (2004)

O processo de humanização nas instituições hospitalares pressupõe, em primeiro lugar, a compreensão do significado da vida do ser humano, o que não é uma tarefa fácil, pois envolve muitos fatores, além de princípios éticos, aspectos culturais, econômicos, sociais e educacionais. (BETTINELLI, WASKIEVICZE, 2004, p. 99)

O grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano da sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência técnico-científica e humana.

Humanizar é dar qualidade à relação profissional.

É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito. Destaca-se, nesse contexto, a presença solidária do profissional com habilidade humana e científica. Diante de um cotidiano desafiador pela indiferença crescente, a solidariedade e o atendimento digno com calor humano são imprescindíveis ... Não podemos esquecer que em toda relação profissional, construída com confiança, estamos sempre diante de um encontro de uma competência com uma consciência, o que exige conseqüentemente responsabilidade ética. (PESSINI e BERTACHINI, 2004, p. 04).

Para o Ministério da Saúde, humanização é o processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos atores sociais, ou seja, usuários e profissionais, envolvidos nas práticas de saúde, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento.

O enfoque na humanização compreende, portanto, a atenção integral voltada para o indivíduo e a família, por meio de ações de equipes multidisciplinares desenvolvidas nos âmbitos da unidade de saúde, do domicílio e da comunidade periférica.

Espera-se que esses programas sejam efetivamente implantados nas instituições de saúde e não permaneçam apenas como propostas demagógicas de



uso político. Seria oportuno que se adotassem no nosso país indicadores de qualidade de assistência humanizada nas instituições de saúde, como já ocorre nos países desenvolvidos.

Sendo assim, a contribuição do Serviço Social no acolhimento ao idoso hospitalizado tem como meta prioritária prestar um serviço de qualidade e humanizado, reconhecendo o idoso como cidadão de direitos. Nessa perspectiva, entende que o aspecto emocional deste é determinante na evolução do tratamento, na medida em que fica fragilizado por conta da situação de doença, agravado por inúmeros problemas sociais, portanto, o idoso necessita ser acolhido, ouvido, ter espaço para expressar suas angustias, esclarecer dúvidas, além de oferecer ao mesmo novas perspectivas no tratamento médico.

### **3 O IDOSO NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Neste capítulo procura-se destacar a Política Nacional do Idoso seguida de algumas considerações acerca do processo de envelhecimento. Aponta-se, ainda a questão do idoso na relação familiar e a importância deste no período de internação.

#### **3.1 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO**

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade. O envelhecimento da população influencia o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e a assistência médica, a composição e organização da família. É um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença. Portanto, não deve ser tratado apenas com soluções médicas mas, também, por intervenções sociais, econômicas e ambientais.

A política pública de atenção ao idoso se relaciona com o desenvolvimento sócio-econômico e cultural, bem como a ação reivindicadora dos movimentos sociais. Um marco importante dessa trajetória foi a Constituição Federal de 1988, que introduziu em suas disposições o conceito de Seguridade Social, fazendo com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania.

Em 04 de janeiro de 1994 foi sancionada a Lei 8.842, que discorre sobre a Política Nacional do Idoso, que foi regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996. A Lei 8.842 (Cap. I, Art.1º), tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e, considera-se idoso, para efeitos desta Lei, a pessoa maior de 60 anos (Cap. I, Art, 2º).

A Política Nacional do Idoso objetiva criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas, não

apenas para os que estão velhos mas, também, para aqueles que vão envelhecer, bem como classifica as competências das várias áreas e seus respectivos órgãos.

Esta lei foi reivindicada pela sociedade sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias entidades representativas deste segmento, que elaboraram um documento que se transformou no texto base da lei.

Segundo Haddad, esta lei é regida pelos seguintes princípios (Cap II, Seção I e Art. 3º):

- I – a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV – o idoso deve ser o primeiro agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V – as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei. (HADDAD, 2000, p. 207)

É relevante ressaltar que, como afirma Fernandes (2002), a Lei 8.842 salienta a conveniência da criação de um Conselho Nacional, de Conselhos Estaduais e Conselhos Municipais do idoso, que serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área (Cap. III, Art. 5º e 6º). E que compete aos Conselhos a fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas (Cap. III, Art. 7º).

A legislação brasileira procurou se adequar a tais orientações, mas a mesma não tem sido suficientemente aplicada por falta de recursos para a sua execução e, desta forma, a Política Nacional do Idoso ainda não se afirmou no âmbito dos direitos sociais. É o que demonstra a triste realidade vivida pelo amplo contingente de idosos não atendidos.

No que compete às entidades públicas, encontram-se importantes obrigações, como estimular a criação de locais de atenção aos idosos, centros de convivência, casas-lares, oficinas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; apoiar a criação de universidades abertas para a terceira idade e impedir a discriminação do idoso e sua participação no mercado de trabalho.

Em 01 de outubro de 2003, foi sancionada a Lei 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, que é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (Título I, Art. 1º).

De acordo com Kinoshita

O Estatuto do Idoso consagra o amadurecimento biológico de um país que necessariamente passa a ter o desafio de amadurecer em outros âmbitos mediante um processo, profundamente prático, de ampliação da consciência cidadã, em termos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. (KINOSHITA, 2002, p. 13)

É viável destacar que o Estatuto do Idoso aponta que o envelhecimento é um direito personalizado e a sua proteção um direito social, nos termos desta lei e da legislação vigente (Título II, Cap. I, Art. 8º); e que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (Título II, Cap. I, Art. 9º).

O Estatuto do Idoso, além de ratificar os direitos demarcados pela Política Nacional do Idoso, acrescenta novos dispositivos e cria mecanismos para coibir a discriminação contra os sujeitos idosos. Prevê pena para crimes de maus tratos de idosos e concessão de vários benefícios. Consolida os direitos já assegurados na Constituição Federal tentando, sobretudo, proteger o idoso em situação de risco social.

A referida lei está embasada na concepção da necessidade de aglutinação, em norma legal abrangente, das postulações sobre os idosos no país, exigindo um redirecionamento de prioridades das linhas de ação das políticas públicas. O distanciamento entre a legislação e a realidade dos idosos no Brasil ainda é enorme. Para que esta situação se modifique, é preciso fomentar o debate e estimular a mobilização permanente da sociedade.

Diante desta realidade e necessidades relacionadas ao idoso e seus direitos, percebe-se a importância do Assistente social. De acordo com Lemos e Medeiros

Trabalhar com idoso é trabalhar com seu contexto como um todo, conhecer o meio em que vivem, os laços de parentesco e de amizades e buscar todo o tipo de informação que possa auxiliar na construção de seu perfil. Para tanto, é fundamental cultivar habilidades para a busca de dados sobre os membros da rede de suporte, ou correr-se-á o risco de não aproveitar adequadamente os recursos que ela pode proporcionar. (LEMOS E MEDEIROS 2002, p. 897)

Em um momento que não há grande interesse do Estado em desenvolver programas e projetos sociais, o Assistente Social é um profissional de grande destaque por ser um viabilizador de direitos. Para tanto precisa estar atento a estas demandas e realidades atuais de maneira mais coerente possível, e lutar para que sejam efetivadas mais políticas públicas sociais que beneficiem o idoso, promova maior qualidade de vida e sua inclusão na sociedade. Em últimas linhas é importante ressaltar que o Assistente Social deve estar sempre pautado no projeto ético-político inerente à atuação profissional.

### 3.2 BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Segundo Agustini (2003), a origem da palavra velhice pode ser encontrada no latim, mais precisamente na expressão *vetulos*, diminutivo *vetus*, que significa remoto, antigo, idoso, antiquado, gasto pelo uso.

Na avaliação de Agustini (2003), todas as conceituações parecem estar ligadas entre si por uma estrutura de pensamento que coloca, sem muita reflexão ou análise, a cronologia para definir a velhice, e acreditar neste tipo de juízo é aceitar a conotação negativa que o termo adquiriu na atualidade.

Já no entender de Messy (1999), se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, ou seja, em direção a morte no discurso atual, a palavra envelhecimento é quase sempre usada num sentido restrito e em lugar de velhice.

Para Rodrigues e Rauth (2002), o envelhecimento populacional pode ser constatado através de alguns indicadores, como a expectativa de vida, que é medida pelo número de anos que um indivíduo provavelmente viverá em determinada fase da sua existência, por exemplo, desde o nascimento até completar 60 anos.

Agustini (2003), discorrendo sobre a questão afirma que não se pode ignorar que a velhice é parte integrante do ciclo natural da vida e que, ao lado das transformações que a caracterizam (nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer), constitui uma experiência individualizada particular, única e histórica. Ser velho é lutar para continuar sendo homem, entendendo que isto implica um esforço de resistência contra a perda da identidade, da memória e da história individual.

O estudo do desenvolvimento e do envelhecimento exige a contribuição de várias disciplinas como a Psicologia, a Biologia e as Ciências Sociais, para que haja uma compreensão coerente dos fenômenos evolutivos. Dessa forma, a velhice é tida como a última fase do ciclo vital e é delimitada por vários eventos de natureza múltipla. Neste sentido, Rodrigues e Rauth, afirmam que

Pensar numa trajetória de envelhecimento bem-sucedido leva-nos a refletir sobre o ideal de manutenção da autonomia, sobre a possibilidade de o indivíduo seguir o curso de sua vida, mantendo a concepção de sua identidade e de sua capacidade de interagir no mundo, fazendo opções ajustadas às suas necessidades, e reconhecendo que é também autor de uma história singular que está continuamente sendo construída e dá sentido à sua existência. (RODRIGUES e RAUTH, 2002, p. 53)

A prevenção do envelhecimento sadio começa na infância, no entanto, nunca é tarde para adquirirmos uma mentalidade preventiva e promover a saúde, para isso é fundamental conhecer quais as alterações relativas ao envelhecimento e aprender a reconhecer as alterações que são anormais ou patológicas e como preveni-las.

Embora o idoso esteja levando uma vida mais produtiva que no passado, o declínio de certas capacidades prejudica a qualidade de vida. Como competência adaptativa o envelhecimento envolve: a preservação e a expansão das reservas para o desenvolvimento pessoal; a qualidade de vida, que depende dos acontecimentos vivenciados pelo indivíduo desde a gestação, bem como sua herança genética e a influência de fatores sócio culturais.

Dessa forma, os indivíduos envelhecem de forma muito diferenciada, dependendo de como organizaram suas vidas, das circunstâncias históricas e culturais em que vivem e viveram, da ocorrência de doenças durante o envelhecimento e da interação entre fatores genéticos e ambientais.

Caldas, afirma que

Quando se trabalha no sentido de melhorar a “qualidade de vida” é importante desenvolver atitudes de auto-cuidado durante toda a nossa existência ,garantindo uma velhice saudável , através das mudanças de hábitos e adoção de novos padrões de comportamento. A sensibilização em relação a esses problemas pode ser realizada através de um programa de preparação para a aposentadoria. (CALDAS, 1999, p. 93)

Sendo assim, torna-se fundamental a prática individual e coletiva de atividades que tenham como objetivo melhorar a qualidade de vida, ou seja, atividades relacionadas às questões de saúde, ocupação e lazer. Todo esse conjunto de fatores dará condições diferenciadas para cada indivíduo lidar com as perdas e as transformações ocorridas em si e no meio que está inserido.

Considerando tais aspectos, pode-se concluir que o envelhecimento humano é um processo individual e diferenciado em relação às variáveis mentais, comportamentais e sociais.

De acordo com Agustini, é importante ressaltar que

É difícil alguém se aperceber quando a velhice se instala em si mesmo. É comum a surpresa no encontro, após longo tempo, com os amigos contemporâneos, quando acontece a percepção das marcas do passar inexorável do tempo neste, o que obviamente em ambos ocorreu. Diante do espelho, é mais comum pensar que ele mente – que a imagem está deformada por culpa do espelho que já não reproduz bem a imagem diferente, de pele rugosa, opacidade no olhar e tremor no corpo, é resultante do tempo do espelho que já reflete mal. É difícil a aceitação da realidade dura (para algumas pessoas) da mudança física da aparência, até pouco tempo plena de frescor, cor e postura firme, substituída pelo decadente corpo que se torna decrépito, a cada dia.(AGUSTINI, 2003, p.31)

É preciso ter coragem para enfrentar a terceira idade, para superar as perdas, continuar amando e tendo prazeres na vida. Desde criança devemos ser preparados para envelhecer e para olhar a velhice como uma etapa que depende da forma como nos comportamos ao longo da vida. Se fomos um adulto saudável e feliz, provavelmente seremos um velho com as mesmas características. Nem mesmo as doenças e as dificuldades físicas afetariam a afetividade e a maneira de encararmos a vida de acordo com a visão mais ou menos positiva que tivemos no mundo. Flexibilidade e equilíbrio são duas condições fundamentais para um envelhecimento sem traumas.

### **3.2.1 Reflexões sobre o envelhecimento humano**

O envelhecimento humano é um fenômeno dinâmico, intrínseco, irreversível, universal, que acompanha o indivíduo em toda a sua vida, porém, de forma diversa de uma pessoa para outra.

Essas diferenças, segundo Vieira (1996) são, em parte, geneticamente determinadas, mas também sofrem influências de vários fatores como estilo de vida, características do meio ambiente, estado nutricional de cada um, condições sócio econômicas, históricas, psicológicas, culturais, entre outras.



O termo envelhecimento é freqüentemente empregado em seus aspectos biológicos, que segundo Freitas (2002), dizem respeito às mudanças morfuncionais ao longo da vida que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção às homeostasias.

Existem várias teorias biológicas que tentam explicar o fenômeno do envelhecimento humano sem que exista uma teoria sólida, haja vista sua complexidade e multidimensionalidade.

Vários autores referem que a teoria dos radicais livres é bastante aceita e que segundo esta

Os radicais livres ao longo do metabolismo celular e com o envelhecimento esses radicais unem-se a lipídios, proteínas e DNA, produzindo danos ao funcionamento normal das células e dos órgãos, devido à presença de substâncias tóxicas do meio ambiente. Quando o dano produzido não é tratado, há comprometimento da integridade da célula e podem surgir doenças como câncer, arteriosclerose, etc. (MORGAS, 1997 p. 98)

O envelhecimento, portanto, não é sinônimo de doenças embora o indivíduo nesta etapa da vida, esteja mais suscetível às enfermidades.

Com o envelhecimento ocorrem alterações anatômicas e fisiológicas tais como: diminuição da capacidade respiratória, cardíaca, de água corporal, de musculatura, da espessura da pele e dos ossos, aumento do tecido adiposo e dos pêlos, da perda auditiva, visual, na memória, entre outras.

Essas alterações, segundo Argenta (1993), criam um “equilíbrio instável” e o idoso fica mais suscetível ao desencadeamento de multipatologias, fazendo-se necessário uma avaliação geriátrica integral e não apenas uma abordagem médico-curativa.

A velhice ultrapassa os aspectos biológicos envolvendo outras dimensões como as psicológicas e sociais. Com relação aos aspectos psicológicos Vieira diz o seguinte

O envelhecimento psicológico caracteriza-se por um aumento na exatidão da percepção e diminuição de sua rapidez, por uma diminuição da memória mecânica (...), por maior vulnerabilidade das funções mentais ligadas ao

envelhecimento cerebral, aumento da habilidade para desenvolver trabalhos que exigem precisão e paciência, aumento da ponderação do equilíbrio e da espiritualidade. (VIEIRA 1996, p. 106)

Mazzo (2001), acrescenta outros aspectos como

Vida contemplativa, maior interiorização de valores morais, aumento da solidariedade, redefinição da vida conjugal de muitos anos e da vida sexual, maior seletividade nos relacionamentos afetivos e sociais, maior frequência de retorno ao passado, aumento de números de óbitos de parentes e amigos. (MAZZO, 2001, p.65)

Vieira (1996) ressalta que os conflitos psicológicos no idoso surgem da dificuldade de adaptação às mudanças físicas e sociais que ocorrem na velhice, bem como da tensão com a sociedade, pouco tolerante para com o idoso.

Os aspectos sociais da velhice citados por diversos autores são: aposentadoria, tipos de família e suporte social, violência contra idosos, sexualidade e religiosidade.

A aposentadoria pressupõe uma preparação mental e psicológica anterior, sendo que muitas pessoas não as têm transformando-se, muitas vezes, em tempo de nostalgia, depressão, solidão, desespero, privações, principalmente, em função dos baixos proventos e da desvalorização social sofrida pelos idosos.

Quanto aos tipos de família e suporte social, Netto (1996), lembra que as transformações no mundo do trabalho e a migração rural-urbana causaram recomposição nos núcleos familiares, redução do tempo disponível dos membros da família aos seus familiares, diminuição dos espaços domiciliares, além de outras questões que têm dificultado os cuidados da família aos idosos fragilizados.

No que se refere à violência, Terra (2002), coloca que ocorrem tanto abusos psicológicos como físicos, além de negligência e abandono, sendo que um dos fatores que mantêm sua invisibilidade é o fato de se tratar, muitas vezes, de ato praticado por membros da família envolvendo fatores emocionais, sendo que o idoso não se percebe como vítima de violência.

Sobre a sexualidade do idoso, esta depende da sua vida sexual anterior e o envelhecimento não o torna assexuado.

O que interfere na vida sexual do idoso está para além das limitações orgânicas, sendo de ordem psicológica e social. O preconceito que habita o jovem contra a sexualidade do idoso, também está neste em relação a sua própria sexualidade (...). A sexualidade está para além da relação genital. (...) É preciso encontrar outras formas erógenas como o toque, o olhar, a delicadeza de toda sensibilidade, de modo a recuperar o prazer sexual na velhice. A sexualidade está ligada, portanto, à manifestação do afeto e do amor. (SANTOS, 2003, p. 106)

Com relação à religiosidade, estudos indicam que a mesma auxilia o enfrentamento de crises, perdas e estresse, além de propiciarem um sentido à vida, aspecto essencial na velhice.

### **3.2.2 O idoso na sociedade contemporânea**

A concepção de idoso como classe social aparece depois da revolução industrial, quando começaram a determinar uma idade para que as pessoas parassem de trabalhar, por causa da diminuição da produtividade pela idade. Seguindo este raciocínio Agustini (2003) afirma que, além de ser um destino do indivíduo, a velhice é uma categoria social e que a sociedade industrial é maléfica para a velhice, pois rejeita o indivíduo na medida em que ele perde a condição de produzir força de trabalho. Porém, com o aumento da expectativa média de vida nos países, o significado atribuído ao idoso sofreu alterações.

A velhice, como categoria construída socialmente, tem sido vista e tratada de maneira diferente de acordo com os períodos históricos e com a estrutura social, cultural, econômica e política de cada povo. Estas transformações, portanto, não permitem um conceito absoluto da velhice e apontam para a possibilidade de haver sempre uma nova condição a ser construída, ao se considerar essa etapa da vida do ser humano.

Para Rodrigues e Rauth

Considerando-se o aumento da população idosa tanto nos países desenvolvidos, como nos que estão em desenvolvimento, cremos que um dos desafios sociais que se propõem à gerontologia e às outras instituições sociais são enfrentar a velocidade com que se processa o aumento do número de pessoas com mais de 60 anos na sociedade brasileira e as conseqüências que esse fenômeno acarreta. (RODRIGUES e RAUTH, 2002, p.106)

Contemporaneamente, evidencia-se baixas taxas de fecundidade, aumento da longevidade e urbanização acelerada. A soma destes três fatores, nas cinco últimas décadas segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), resultou em importantes alterações na estrutura etária da população brasileira. Uma das mais significativas se refere à duplicação, entre 1940 e 2000, do número de indivíduos com mais de 65 anos. Neste ritmo, projeta-se para o ano 2020, um crescimento de tal ordem que esta faixa etária corresponderá de 15,1% da população.

Tabela 1 – População por faixa etária no Brasil, 1950-2025 (em milhões)

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>0-14</b>	<b>15-59</b>	<b>60-69</b>	<b>70-79</b>	<b>80 e mais</b>	<b>Total</b>
<b>1950</b>	21.696	27.928	1.451	545	20	<b>51,944</b>
<b>1960</b>	29.912	36.849	2.190	850	290	<b>70.191</b>
<b>1970</b>	39.131	49.108	3.007	1.225	485	<b>93.139</b>
<b>1980</b>	45.461	66.197	4.475	2.147	593	<b>119.003</b>
<b>2000</b>	56.988	108.147	8.229	4.620	1.503	<b>179.487</b>
<b>2025</b>	60.571	151.356	19.673	10.537	3.672	<b>245.809</b>

Fonte: IBGE (2000)

De acordo com o IBGE (2000), citando a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas. Estes dados representam um alerta ao governo brasileiro quanto a necessidade de criar-se, o mais rápido possível, políticas públicas que preparem a sociedade para essa realidade.

Para HADDAD (2000), embora a esperança média de vida tenha se elevado, não melhoraram as condições objetivas de vida da maior parte da população. Paralelo a esta afirmação, Rodrigues e Rauth, ressaltam que

O nosso país ainda não resolveu problemas clássicos do subdesenvolvimento como saúde, educação, saneamento, básico, habitação, previdência social, transporte, urbanismo etc; e já se depara com essa massa de idosos necessitando de atendimento imediato. Esse atendimento é urgente antes que se aprofunde e se torne mais grave essa situação. Será necessário investir em pelo menos duas frentes: desenvolver alternativas de assistência e gerar conhecimento que sejam inovadores e tragam novas respostas a demanda dos idosos. (RODRIGUES e RAUTH, 2002, p. 207)

Os valores intrínsecos à representação que uma sociedade tem da velhice, serão os norteadores responsáveis pelas ações que vão possibilitar ou não a proteção e a inclusão social de seus idosos, bem como qualidade das relações a serem estabelecidas com eles.

O Brasil está sendo surpreendido por uma “revolução demográfica” e não está estruturado para receber um contingente tão grande de idosos. É de grande importância que se criem mecanismos para que a sociedade esteja preparada para o convívio e acolhimento desses idosos, bem como para garantir-lhes uma melhor qualidade de vida.

Para Agustini (2003), é necessário deflagrar uma revolução social e cultural que possibilitem, de um lado, a efetivação de políticas públicas que respondam às necessidades do segmento, e de outro, tão importante quanto, o investimento na mudança da percepção que a família e a comunidade tem sobre o envelhecimento e a velhice, provocando o rompimento dos mitos e preconceitos que, ainda hoje, são os maiores responsáveis pela exclusão do segmento idoso.

O autor acima citado, coloca ainda que vivemos numa cultura que institui ser “vergonha” declarar a idade cronológica. Sendo assim, considera-se indelicado, indiscreto e falta de educação perguntar ao outro quantos anos ele tem. No dia-a-dia, quando ligamos a televisão, assistimos ao apelo da mídia para o consumo de produtos para se exorcizar o “fantasma da velhice”, investir no “combate” às marcas do tempo no corpo, receitas milagrosas que prometem a eterna juventude.

Simultaneamente, esta mesma mídia apresenta, de forma constante, mensagens de apelo ao que é jovem, fazendo ligação direta ao que é vida, beleza, saúde, prazer... Nas propagandas, a imagem dos idosos, na maioria das vezes, é distorcida e estereotipada: gente surda, homens ranzinzas, mulheres de mais idade. E a cada dia surgem mais e mais termos quando se quer dirigir às pessoas. Considerar essas situações de (pré) conceito e discriminação “contra” essa fase da

vida facilita entender por que esse tema do envelhecimento e da velhice se torna penoso para muitas pessoas.

O tema velhice ainda é despolitizado. É necessário que se busque caminhos para politizá-lo. A conquista de um novo lugar e significado na sociedade, bem como a marca de uma nova presença do segmento idoso, passam pelo exercício pleno da cidadania, exercício da dimensão do ser político do homem.

Segundo Haddad (2002), a visibilidade para o segmento idoso terá que ser conquistada por meio da ação política garantindo, dessa forma, o espaço social para quem envelhece. Na caminhada em direção a essa conquista o idoso deve ocupar o papel de protagonista, não o de coadjuvante. O próprio segmento deve efetivar a busca de seu espaço social. Pode-se constatar que esta busca tem crescido muito, com a participação cada vez maior dos idosos que vêm se organizando por meio de fóruns regionais de cidadania, grupos de discussão e formação, nas universidades abertas à terceira idade, nas associações de aposentados e tantos outros.

A sociedade deve ser sensibilizada e alertada para ter uma conduta junto aos idosos que respeite, sobretudo, a sua autonomia. Somente dessa forma poderá ser estabelecida uma relação de respeito efetivo entre o idoso e quem o cerca.

### 3.3 O IDOSO NA RELAÇÃO FAMILIAR

O vínculo familiar em que os filhos aprendiam tarefas domésticas com os pais ou avós e todos se ajudavam, dentro do seu conhecimento e experiência, já não existe mais. Na adaptação ao novo modo de viver as crianças são deixadas cada vez mais cedo em creches e os idosos viraram um incômodo.

Com a era tecnológica surgem novas doenças como o estresse, gerado pela tecnologia ou a dificuldade de lidar com ela.

É necessário saber de tudo um pouco se não somos passados para trás por quem está mais atualizado e isto, às vezes, vale um emprego, uma promoção importante ou, quem sabe, a própria sobrevivência. Neste contexto social, os idosos apresentam mais dificuldades para se adaptar à vida moderna. O relacionamento dos mais idosos com a geração jovem ficou distanciado. Toda a parafernália dos botões eletrônicos foi dominada sem problema de aprendizado pelas crianças; os

tios e avós acabam sendo pouco importantes para contarem suas histórias, suas vidas.

De acordo com Sayeg e Mesquita (2002) na tradição brasileira, a família tem papel importante na sociedade abrigando várias gerações, e continua afirmando que

Com as transformações ocorridas nas últimas décadas, a migração rural-urbana modificou padrões comportamentais por força de trabalho, limitando o tempo do cônjuge disponível para o lar, reduziu os espaços domiciliares, causou freqüentes recomposições dos núcleos familiares, além de outros fatores que vêm restringindo a permanência dos ascendentes no seio da família e as possibilidades pessoais de destinar cuidados aos mesmos” (SAYEG E MESQUITA, 2002, p .1083)

Monteiro (2002), ressalta que a família constitui-se no reduto das vivências, dos amores. As obrigações e deveres dos filhos para com os pais idosos, ajuda material e afetiva, não é algo inerente às relações é uma conquista que dependerá da qualidade da relação construída, da afetividade que foi cultivada.

Desta forma, constitui-se como elemento importante ao próprio bem-estar dos idosos já que representa proteção, e apoio em momentos de necessidades. Nas condições brasileiras, os cuidados aos idosos são prestados quase totalmente por suas famílias e, na falta destas, por amigos e vizinhos.

A família é definida como um grupo enraizado numa sociedade e tem uma trajetória que lhe delega responsabilidades sociais. Especialmente perante o idoso, a família assume um papel importante e inovador, na medida em que o envelhecimento acelerado da população consiste num processo recente e ainda pouco estudado pelas ciências sociais.

Neste sentido, cabe aos membros da família entender essa pessoa em seu processo de vida, de transformações, conhecer suas fragilidades, modificando sua visão e atitude sobre a velhice e colaborar para que o idoso mantenha a sua posição no grupo familiar e na sociedade.

Um fator a ser considerado no ato de cuidar é a relação de dependência que se estabelece, mesmo que temporal, circunstancial, necessitando que o cuidador não imponha seu poder, respeitando a auto-determinação e liberdade do idoso. Vieira (1996, p. 83), ao abordar a questão do cuidador, define cuidados da seguinte forma: “ato ou tarefa de cuidar do bem-estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato”.

Freitas (2002), coloca que, mais que dependência, deve se dar a relação de interdependência e que o ato de cuidar é permeado por responsabilidade ética, que se traduz em compromisso, solidariedade, disponibilidade, respeito, confiança, consideração e compaixão.

Ainda citando Freitas (2002), que a pessoa deve ser estimulada ao autocuidado, cabendo ao familiar ou ao profissional de saúde facilitá-lo através de apoio educativo.

Para Boff (1999, p.34), o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano. Significa reconhecer o cuidado como um modo-de-ser essencial, sempre presente e irreduzível à outra realidade anterior. (...) "Sem o cuidado ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define e perde o sentido."

O cuidado a saúde de pessoas idosas deve ter como metas principais

Promoção de um viver saudável, compreensão de limitações e incapacidades, provisão de apoio e controle no curso de envelhecimento, tratamento e cuidados específicos. (FREITAS, 2002, p. 41)

O idoso quando fragilizado, geralmente, é assistido pelo cuidador familiar, que é membro da família designado para tal função por estar mais disponível, morar perto ou junto ao idoso, sendo essa tarefa delegada, muitas vezes, à mulher.

Esse cuidador familiar é definido como cuidador principal, existindo cuidadores secundários, que, em alguns momentos, ajudam o cuidador principal, seja com medicações, idas ao médico, entre outras atividades.

Azevedo (2003) nos lembra que a Constituição de 1988 delega aos filhos maiores o dever de ajudar e amparar os pais na velhice.

Os cuidadores familiares, freqüentemente são encontrados por momentos de angústia, insegurança, depressão e cansaço em função das longas jornadas de dedicação aos seus familiares idosos (doentes), onde abdicam grande parte de seus projetos de vida, além, de realizar procedimentos especializados, aos quais nem sempre estão preparados para realizá-los.

Adotar uma definição de família como universalmente válida, ignorando as especificidades e diversidades de contextos sociais e culturais é um erro, pois cada



família terá sua própria compreensão do momento, sua percepção e definição de papéis, mudanças comportamentais e culturais em torno do processo saúde-doença.

Assim sendo, cada família utilizará de seu entendimento e suas estratégias de acordo com suas necessidades para enfrentar esse processo. Percebe-se a importância do envolvimento dos familiares, assim, torna-se cada vez mais imprescindível a participação durante todo o período de tratamento do idoso internado, haja vista, que a presença de alguém querido faz com que o usuário tenha mais confiança em sua recuperação.

É necessário deixar claro aos familiares a importância do envolvimento durante o processo, pois com a participação ativa da família, poderá vir a acontecer uma reversão no quadro clínico.

## 4 SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ESTÁGIO

No terceiro e último capítulo será apresentada prática de estágio da acadêmica. Inicialmente faz-se a apresentação do campo de estágio, bem como o Serviço Social no HRSJ. Finalizando, será descrita vivenciada pela acadêmica, no setor de ortopedia.

### 4.1 APRESENTAÇÃO DO CAMPO ESTÁGIO

Doutor Homero Miranda Gomes nasceu em Ouro Fino, Estado de Minas Gerais, no dia 2 de maio de 1913 filho de Eurico de Miranda Gomes e Alice Osório de Miranda Gomes. Faleceu em Florianópolis no dia 6 de abril de 1980, onde completou o estudo primário e secundário e, posteriormente, tornou-se médico pela Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, especializando-se em Dermatologia e Leprologia. Por este motivo foi convidado pelo então Governador do Estado de Santa Catarina, Dr. Nereu Ramos, no início da década de 40, para fazer parte do corpo clínico do Hospital Colônia Santa Tereza, especializado no tratamento da hanseníase. Também foi médico do IPASE – Instituto de Previdência dos Servidores, LBA – Legião Brasileira de Assistência e do INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social.

Durante a Segunda Grande Guerra Mundial, serviu como Tenente Médico da Reserva da Aeronáutica, em missões de patrulhamento aéreo do litoral brasileiro. Sua profunda e fervorosa fé católica o levou a praticar intenso trabalho não remunerado como médico dos pobres e humildes que ao longo dos anos o projetou na política, exercendo os cargos de Prefeito de São José (1956 a 1960) e Deputado Estadual por duas legislaturas (1970 a 1974 e 1974 a 1978).

O Hospital Regional de São José - Dr. Homero de Miranda Gomes - foi inaugurado em 25 de fevereiro de 1987, e ativado no dia 2 de março do mesmo ano. Foram ativados trinta e seis leitos da maternidade em regime de alojamento conjunto na unidade de internação obstétrica, centro obstétrico, unidade de neonatologia, banco de leite humano, triagem obstétrica, emergência e setor de

treinamento, sendo que o centro cirúrgico funcionava conjuntamente com o centro obstétrico. Em março de 1987, o Hospital Regional de São José contava com oitenta e seis funcionários na área de enfermagem e ao final do ano eram cento e sessenta e três funcionários. Em 2 de novembro de 1987, foi ativado o centro cirúrgico com a abertura de três salas cirúrgicas para atendimento à ginecologia e obstetrícia, e em dezembro do mesmo ano foi inaugurado o serviço de emergência sendo, então, deslocada a triagem obstétrica para o setor onde funcionaria o ambulatório.

Simultaneamente à abertura da emergência geral foi também inaugurado o serviço de emergência pediátrica, o qual funcionava na mesma área física da emergência geral. Em dezembro de 1987, foram atendidos um mil e oitenta e dois pacientes, sendo que em novembro de 1988 este número já era de sete trezentos e trinta e três atendimentos. A unidade de clínica cirúrgica foi inaugurada em 8 de fevereiro de 1988, dispondo de quarenta leitos, sendo divididos entre pacientes clínicos (dezesesseis leitos), cirúrgicos (vinte e dois leitos) e mais dois apartamentos a serem ocupados pela demanda de ambas as clínicas.

Em 26 de fevereiro de 1988, foi ativado o serviço de UTI inicialmente, com quatro leitos. Quatro meses depois foi inaugurado o ambulatório geral, dispondo das seguintes especialidades: oftalmologia, urologia, clínica cirúrgica, clínica médica e cirurgia vascular. A unidade de clínica médica foi aberta em 30 de agosto de 1988, em funcionamento no quinto andar (Ala A), contando com dezoito leitos, sendo expandido para vinte e três no mês seguinte.

#### 4.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HRSJ

No Hospital Regional de São José o Assistente Social, como profissional de saúde, atua junto aos fenômenos sociais, culturais e econômicos, seja no nível de promoção, prevenção e ou recuperação da saúde. O Assistente Social é um profissional de saúde que vem corroborar a posição que emerge a categoria, fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão.

O Setor de Serviço Social encontra-se subordinado à gerência administrativa do Hospital Regional de São José, conta em seu quadro de profissionais com cinco Assistentes Sociais que se dividem entre as unidades de internação do hospital,

revezam-se nas horas plantões e nos Programas nele desenvolvidos, procurando atender a demanda interna e externa. O setor de Serviço Social conta também com uma escrituraria que desenvolve um trabalho de apoio administrativo e recepção.

As leis as quais embasam os trabalhos são: Lei 8662 de 07/06/1993 que regulamenta o exercício da profissão, e a Lei 8.080 e 8.142 que regulamenta o SUS. As ações estão voltadas à luz dos princípios do Código de Ética da profissão bem como a política estabelecida pela direção do hospital.

O Assistente Social tem o papel de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços sociais previstos em programas ligados à sociedade, educação, trabalho, etc. Segundo Yasbeck (1996, p.21), “O serviço social é uma profissão mediadora, pois transita no campo das políticas sociais e assistência, na concretização da tarefa reguladora do Estado e na vida social.”

No Hospital Regional de São José -HRSJ, o Assistente Social, tem a tarefa de elaborar, coordenar, executar e avaliar programas e projetos, que incorporam as demandas do usuário do HRSJ, observando a política estabelecida pela direção do Hospital a partir dos seguintes objetivos.

Segundo o plano de atuação do Serviço Social 2005 são objetivos do serviço social no HRSJ: orientação aos usuários (paciente e familiares) quanto às rotinas hospitalares, os direitos sociais, os direitos previdenciários, entre outros; viabilizar o acesso das pessoas aos serviços sociais previstos em programas ligados à sociedade, educação, trabalho, etc. Torna-se um mediador entre seus usuários e o Serviço Social via política pública, ou seja, permite o acesso à riqueza socialmente produzida; promover a inter-relação da política de saúde com as demais políticas públicas, em especial, a de assistência social, educação, trabalho, através da criação e desenvolvimento de programas, projetos, rotinas e ações direcionadas aos usuários; democratizar informações objetivando contribuir para a ampliação do acesso aos programas em desenvolvimento na unidade de saúde, para a promoção da saúde, prevenção de riscos e danos e participação no tratamento, a partir da criação de espaços e ações individuais e coletivas sistemáticas e continuadas no interior das unidades de saúde e com os segmentos circunvizinhos às unidades de atenção básica; promover a participação efetiva da população dos usuários nas decisões institucionais quanto ao planejamento e a organização dos serviços (definições de ações prioritárias, avaliações dos serviços/ações disponibilizadas),

através da criação de mecanismos eventuais que possibilitem a população participar e aprender o motivo institucional; realizar levantamentos, estudos, pesquisas que contribuam para a análise da realidade social específica e identificação dos pontos críticos na organização e funcionamento da unidade de saúde de forma a subsidiar as ações multiprofissionais, os projetos e programas como por exemplos: realização de estudo do perfil da população usuária da unidade ou de algum programa de saúde específico para identificação das necessidades de saúde e demandas dos usuários: levantamentos e pesquisas que identifiquem fatores relacionados ao processo saúde-doença dos usuários das unidades-programas; avaliação de serviços; identificação de demandas; assessorar a direção, chefias, coordenação e serviços da unidade através de estudos e pareceres sociais; realizar estudos sócio-econômicos objetivando o acesso ao benefício garantido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

#### 4.3 A PRÁTICA DE ESTÁGIO VIVENCIADA NO SETOR DE ORTOPEDIA DO HRSJ

A prática de estágio vivenciada realizou-se no setor de ortopedia no HRSJ, no período de quinze de fevereiro de 2007 a dez de julho de 2008. Neste período, observou-se que o usuário idoso chega ao hospital muito fragilizado, necessitando de um acolhimento inicial e atendimento especial.

Na maioria das vezes, chega desacompanhado, sendo necessário buscar contato com os familiares afim de maiores informações referentes ao acompanhamento.

Nota-se que no cotidiano do hospital em questão os idosos não têm prioridade nas intervenções cirúrgicas, tendo o mesmo tempo de espera dos demais usuários o que causa, em alguns casos agravos à saúde devido às internações prolongadas e desnecessárias, levando à deteriorização da independência funcional e autonomia destes, além do surgimento de processos infecciosos, que podem causar, inclusive, a morte do usuário idoso.

Ressalta-se, que muitos idosos após terem alta retornam ao hospital, os motivos são os mais variados: a falta de auxílio de um cuidador para dar continuidade ao tratamento pós-hospitalar, a falta de recursos financeiros, muitas

vezes a pensão ou aposentadoria é insuficiente para sua manutenção. Existem ainda aqueles que regressam apenas no intuito de serem acolhidos, buscam atenção e escuta qualificada.

O atendimento individualizado faz parte do processo de trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no Hospital Regional Doutor Homero de Miranda Gomes. O mesmo se dá, inicialmente, através do acolhimento, que é um instrumento de atuação usado para o primeiro contato com o usuário, no qual se realiza a troca de informações, reconhece o usuário como sujeito autônomo com o direito de decidir e opinar.

Para Franco e Merhy

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar repostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esse serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (FRANCO E MERHY, 1999, p.53)

O acolhimento propõe uma nova forma de relacionamento entre profissional/usuário através de aspectos éticos, técnicos, humanitários e que reconheça o usuário como sujeito participante ativo do processo. Esta intervenção para o Serviço Social realiza-se de forma natural, uma vez que é inerente ao processo de trabalho do Assistente Social conforme reconhece o Projeto Ético Político da profissão, evidenciando os valores éticos centrais como autonomia, emancipação, direitos humanos, ampliação da cidadania, eliminação de preconceitos e outros.

Sempre que possível, durante o período de estágio, no setor de ortopedia do Hospital Regional Dr Homero de Miranda Gomes, a estagiária estabelecia um primeiro contato com o usuário internado visando proporcionar o acolhimento inicial. Sendo um momento de fundamental importância, haja vista constituir-se no início do vínculo entre estagiário e usuário. Pode-se observar o fato a partir do relato do atendimento que se segue:

*“Boa Tarde, sou estagiária de Serviço Social, visito os usuários em seus leitos para saber como estão e se estão necessitando de algo que eu possa intervir.”  
(estagiária)*

*“Boa tarde, muito obrigado pela sua atenção, se eu precisar de algo posso chamar?” (usuário)*

Neste momento de acolhida e, também, período de escuta, leva-se em média de 30 a 40 minutos de diálogo com o usuário. Percebe-se, na maioria das vezes que o usuário sente-se mais tranquilo por ter alguém que possa contar, pois com a hospitalização este passa a fazer parte de um novo meio social, o hospital. Também passa a conviver com a equipe de saúde a qual, a partir desse momento, desempenhará um papel muito importante e imprescindível em sua vida. Serão pessoas desconhecidas a fazer parte desse novo cotidiano, num ambiente muitas vezes ao avesso à vontade do usuário como no relato que se segue:

*“Eu não quero ficar no hospital, quero ir para casa, tenho muitas tarefas a fazer.” (H.)*

*“Senhor, H. é necessário que fique para poder tratar-se , se for embora não poderá executar suas tarefas, sendo necessário primeiro fazer a cirurgia para ir para sua casa. Quero informar ao Senhor que existe um ‘livro do idoso’, chamado Estatuto do Idoso que trata das garantias legais e direitos que toda a pessoa idosa deve usufruir. Nele estão presentes o a atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados. Portanto, eu irei até a secretaria do centro cirúrgico para verificar se o seu pedido médico já foi feito e solicitar que agende sua cirurgia o mais rápido possível, volto mais tarde para dar um retorno.” (estagiária)*

Conforme abordado no Art.15 § 4º do capítulo IV, os idosos com deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

Art.16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral segundo o critério medico.

Desta forma, é necessário dar ao usuário não somente o tratamento curativo que veio buscar, mas a noção de cidadania, ou seja, o exercício de seus direitos. Direitos estes que são garantidos por lei mas que, na prática, não acontece.

Posteriormente, é feita a identificação do usuário através do senso do setor de ortopedia, onde o mesmo consta o nome completo do usuário, data de entrada no hospital, idade e outros. Para complementar estas informações busca-se no prontuário do usuário informações complementares como município onde reside, telefone e dados clínicos para facilitar no momento da entrevista. A entrevista é feita no leito do usuário, individual ou coletiva, quando a família encontra-se presente.

Abaixo segue relato de uma entrevista individual

*“Boa tarde, sou estagiária de Serviço Social. Verifiquei no seu prontuário que a Sra mora em Chapecó, gostaria de saber se tem alguém lhe acompanhando e se tem onde ficar. Não sei se alguém já lhe informou, mas temos a casa de apoio próxima ao hospital, no qual o seu acompanhante pode ficar durante a noite para descansar. Na casa de apoio tem alimentação e poderá lavar suas roupas, é só se dirigir ao Serviço Social que lhe daremos a autorização e localização”. (estagiária)*

As casas de apoio são de fundamental importância, pois alguns usuários são oriundos do interior do Estado, e seus familiares precisarão acompanhar o idoso no período de internação, não tendo onde lavar suas roupas e, principalmente, onde descansar, passando dia e noite sentado numa cadeira ou deitado sobre o chão em noites frias.

Muitos desses acompanhantes acabam ficando doentes devido à falta de estrutura adequada por parte da Instituição, que não dispõe de condições que garantam o conforto e a segurança, como poltronas e cadeiras confortáveis.

Dentro deste contexto, cita-se o caso da Sra R., 50 anos, residente em Canelinha – SC, que acompanha sua mãe no período de internação, como não tinha



onde ficar passava as noites deitada ao chão sobre um cobertor. Na manhã subsequente quando fui visitar o usuário em seu leito, a Sra R. estava chorando com muita dor, sendo encaminhada à emergência para consulta. O diagnóstico foi cistite em função do motivo citado anteriormente.

Em alguns atendimentos, durante a entrevista, muitos usuários ficavam em silêncio, somente balbuciavam algumas palavras e faziam alguns gestos. Nesse caso, procurava-se respeitar o momento do usuário retornando em outro instante. Pode-se evidenciar isto a partir do relato a seguir

*“Boa tarde, sou estagiária de Serviço Social, gostaria de saber como o Sr está passando, se a sua família está acompanhando ou visitando, enfim, se o senhor está precisando de alguma coisa..” (estagiária)*

No primeiro momento o usuário não se manifestou, manteve-se em silêncio.

*“Se o senhor não quer falar agora, tudo bem, eu volto mais tarde.” (estagiária)*

Passado algumas horas retornou-se ao leito do Senhor M,

*“Oi Senhor M. eu disse que voltaria para falar com o Senhor. Pode ser agora?” (estagiária)*

*“Sim, pode ser” (usuário)*

*“A sua família está acompanhando ou visitando o Senhor?” (estagiária)*

*“Não tem ninguém me acompanhando, estou sozinho, gostaria muito de passar o final de semana em casa, será que posso ir?” (usuário)*

*“Senhor M. vou verificar se isso é possível, irei falar com o seu médico” (estagiária).*

Foi feito contato com o médico e o mesmo explicou que não seria possível devido o seu estado clínico. Buscou-se contato com o município onde reside o

Senhor M. para falar com a Assistente Social explicando a situação vivenciada pelo usuário, um idoso de 67 anos, desacompanhado da família e sem receber visitas. A Assistente social do município retornou a ligação no final da tarde, e informou ter realizado uma visita domiciliar. Relatou que a esposa do Sr M. tem perda de 90% da visão e a filha que reside com eles estava cuidando da mãe. Gostaria de visitar o pai, mas a falta de condições financeiras a impediam de comprar uma passagem de ônibus. Sr M. tem mais dois filhos de outro relacionamento, mas os mesmos não queriam se comprometer com os cuidados do pai. A Assistente Social do município agendou com o transporte para fazer visitas ao Senhor M. no hospital duas vezes por semana.

*“Senhor M., eu conversei com o médico que disse que, no momento, não poderá ir para casa, mas a sua família virá visitá-lo duas vezes por semana.”*  
(estagiária)

Senhor M. sorriu e agradeceu.

A interdisciplinaridade é o diferencial para um bom profissional nos dias de hoje, já que demonstra sua capacidade de relacionamento com pessoas de outras áreas na busca de informações e, principalmente, no trabalho em equipe.

Muitas vezes, constatou-se a ausência dos familiares no período de internação do idoso, algumas famílias não tinham condições de acompanhar seus familiares como no caso relatado anteriormente. Em outros momentos os idosos não tinham filhos, somente irmãos com idade superior a estes não sendo possível assumir o papel de cuidadores. A grande maioria, dos acompanhantes eram do sexo feminino, pois não tinham vínculo empregatício facilitando, assim, o acompanhamento no período de internação.

Em determinadas situações, como no caso da Sra R., vítima de acidente de trânsito com traumatismo craniano, onde necessitava de acompanhamento vinte e quatro horas, apesar de ter cinco filhos, três do sexo feminino e dois do sexo masculino, nenhum deles quis ser o cuidador, visitando-a apenas esporadicamente. O Serviço Social fez vários contatos com os filhos e os mesmos diziam que iam naquele dia e não compareciam para conversar com a Assistente Social. No último

contato foi informado aos mesmos que caso negassem a acompanhar e cuidar da mãe neste período, seria efetuada uma denúncia para os encaminhamentos devidos.

Percebe-se a grande importância do envolvimento dos familiares no período de internação do usuário idoso, pois a presença de alguém querido faz com que o usuário tenha mais confiança em sua recuperação, com a certeza de que existe alguém esperando por sua melhora e/ou cura.

De acordo com Miotto a família compreende:

Um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo que se acham unidos (ou não) por laços consangüíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida. (MIOTTO, 1999, p. 21)

Torna-se necessário deixar claro a importância do envolvimento dos familiares durante o período de internação do idoso, tanto para o usuário como para os profissionais de saúde que fazem parte deste processo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso possibilitou, a partir da experiência de estágio vivenciada, verificar a atuação do Serviço Social em uma instituição pública de saúde.

Pode-se averiguar que os profissionais de Serviço Social embasam sua atuação no projeto ético político da profissão, e na Lei 8.080/90 que regulamenta a política de saúde no Brasil.

As atividades desenvolvidas estão voltadas ao acesso às informações, respeito aos direitos sociais, autonomia, participação social, além da concepção saúde ampliada, levando em consideração toda estrutura e contexto ao qual está inserido o usuário, desde suas condições de alimentação, lazer, educação, transporte, entre outros.

O Serviço Social desenvolve ações, principalmente, de caráter sócio-educativo, buscando viabilizar o acesso à direitos sociais, com objetivo de efetivar os direitos que devem ser garantidos pelo Estado.

É possível constatar, que o Assistente Social, é um profissional que exerce papel fundamental no âmbito hospitalar, apresenta-se como um profissional habilitado, atualizado, qualificado com competências técnicas particulares para contribuir com os demais profissionais no processo de recuperação da saúde.

O Assistente Social, como categoria, lida com as múltiplas expressões da questão social na vida cotidiana, o que permite dispor de um acervo privilegiado de dados e informações sobre várias formas de manifestação das desigualdades, da exclusão social.

Desta forma, o Assistente Social luta perante à sociedade para que seja possível construir um novo cenário para o idoso, onde o respeito às diferenças seja o valor fundamental.

Neste aspecto, observa-se que o respeito e o cumprimento da legislação em relação ao idoso na área hospitalar é algo ainda distante, pois há um fosso entre os que apregoam as leis e sua aplicação na prática cotidiana.

O idoso, muitas vezes fragilizado, abandonado, desprovido de conhecimento, desconhece seus próprios direitos e prioridades, ficando esquecido, acreditando que isso é normal, até mesmo as longas esperas por atendimento e cirurgias.

Se o próprio sistema desrespeita e tenta burlar direitos de pessoas que passaram mais da metade da vida contribuindo, se não há consideração com esses seres humanos tão especiais, o que podemos esperar da sociedade?

É neste sentido que destaca-se o papel do Assistente Social, como um profissional que faz a leitura deste contexto, que percebe as desigualdades e o desrespeito gritante, muitas vezes enraizados em diferentes setores da sociedade. Assim, o profissional comprometido e consciente da sua função irá, com certeza, fazer a diferença na vida destes usuários.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional: novos subsídios para o debate.** Recife, 1996.

AGUSTINI, F. C. **Introdução ao direito do idoso.** Florianópolis: Fundação Boitex, 2003.

ARGENTA, C. E., et AL. **O perfil do Idoso portador de patologias crônicas: contribuição ao estudo** – 1993. Monografia. Curso de Especialização em Gerontologia. Núcleo de Estudos da Terceira Idade. UFSC, Florianópolis.

AZEVEDO, M. A. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador.** São Paulo: Alínea, 2003.

BERTANINI, I. F. **Revista Serviço Social e Sociedade – n° 23 ano VIII.** Cortez, 1987.

BETTINELLI, L. A. e WASKIEVICZ, J. E. A. L. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar.** São Paulo, Loyola, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: com paixão pela Terra.** Petrópolis, RJ, 1999.

BRASIL. Lei Orgânica de Saúde n° 8.080/90 e Lei Contemplar de n° 8142/90. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Brasília, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br-humaniza sus>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Redes estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas.** Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da saúde. **SUS e controle social.** Brasília, 1988.

BUSS, P. M. (orgs). **Sistema de Saúde: continuidades e mudanças.** São Paulo: Hucitec – Fiocruz, 1995.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional.** MOTA, Ana Elizabete...(et al.), (orgs). São Paulo, Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, 1996

BRAVO, Maria Inês Souza. **In: Serviço Social e Saúde – Formação e trabalho profissional.** MOTA, Ana Elizabete... (et al.), (orgs). São Paulo: Cortez, 2006.

CABRAL, Maria S. e DOMINGOS, S. **A previdência social e a revisão constitucional. In:Serviço Social e Sociedade n° 44.** São Paulo: Editora Cortez, 1994.

CALDAS, Cecília Pereira (org). **A saúde do idoso: A arte de cuidar.** Rio de Janeiro: EDUERGE, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL: **Intervenção profissional do Assistente Social no campo da saúde.** Brasília, 1990.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde. In: Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional.** MOTA, Ana Elizabete...(et al.), (orgs). São Paulo, Cortez, 2007.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos Assistentes Sociais. In: Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional.** MOTA, Ana Elizabete...(et al.), (orgs). São Paulo, Cortez, 2006.

ESCOREL, S. **Movimento sanitário: revirada na saúde. Volume VI n° 11.** Rio de Janeiro, Radis, 1988.

Estatuto do Idoso. **Lei 10.741 de 07/06/2003.**

FERNANDES, F. S. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** FREITAS E. V. et al Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. e MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim.** Minas Gerais: Cadernos de Saúde Pública, 1999.

FREITAS, E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** FREITAS E. V. et al RJ.: Guanabara Koogan, 2002.

GENTILLI, Raquel. **Representações e práticas.** São Paulo: Veras, 1988.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.

GONÇALVES, R. B. **Processo de trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do Processo de Trabalho e Serviço Social – Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, 1995.

GUERRA, Yolanda. **Serviço Social e Sociedade: Processo de trabalho e assistência social.** São Paulo: Cortez, 2000.

HADDAD, E. G. M. **A velhice: Algumas considerações teóricas e conceituais.** São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço social na contemporaneidade: Trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 1999.

KINOSHITA, Fernando (org). **Estatuto do Idoso e Legislação Complementar.** Brasília.Ed. OAB, 2000

- KINOSHITA, Fernando (org). **Estatuto do Idoso e Legislação Complementar**. Brasília: Ed. Paulo Aleph, 1999.
- KLEBA, M. E. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil**. Chapecó: Argos, 2005.
- LEMOS, Nair. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. FREITAS E. V. et al Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- LEMOS, N. e MEDEIROS, S. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. FREITAS E. V. et al Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- MAGALHÃES, Selma Marques. **Avaliação e Linguagem: Relatórios, Laudos e Pareceres**. São Paulo: Editora Veraz, 2003.
- MAX, Karl. **O processo de trabalho e processo de produzir mais valia: O Capital. Livro I Volume I** São Paulo: Difel, 1987.
- MAZZO, G. Z. et. AL. **Atividade física e o idoso – concepção gerontológica**. Porto Alegre: Sulina, 2001.
- MESSY, Jack. **A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice**. São Paulo: Ed. Aleph, 1999.
- MINAYO, M. C. **Pesquisa social: teoria, metodologia e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação básica do SUS**, 11ª Conferência Nacional, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Programa Nacional da Assistência Hospitalar – PNHAH**. Brasília: Ministério Da Saúde, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Política Nacional de Humanização – PNH**. . Brasília: Ministério Da Saúde, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Política Nacional de Humanização – PNH**. . Brasília: Ministério Da Saúde, 2004.
- MIOTTO, R. C. **Família e Serviço Social**. In: **Família, das políticas sociais a prática profissional**. São Paulo: Cortez, 1996.
- MONTEIRO, D.M.R. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. FREITAS E. V. et al Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- MORGAS, R.M. . **Gerontologia Social: Envelhecimento e qualidade de vida**. SP: Paulinas, 1997.
- NETTO, A. J.. **Gerontologia Básica**. SP.: Lemos Editorial, 1997.



- NETTO, P. M.. **Gerontologia**. SP.: Atheneu, 1996.
- OLIVEIRA, Heloísa Maria José de. **Assistência social: do discurso do estado à prática do serviço social**. Florianópolis: UFSC, 1989.
- OLIVEIRA, J. A. A. ; TEIXEIRA FLEURY, S. M. In: **Serviço Social e Saúde-Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.
- PESSINI, L. e BERTACHINI L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.
- Política Nacional do Idoso. **Lei 8.842 de 04/01/1994**.
- RODRIGUES, N. C. e RAUTH, J. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. FREITAS E. V. et al Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- SANTOS, Antonio Raimundo. **Metodologia Científica: A Construção do Conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- SANTOS, S. S. **Sexualidade e amor na velhice**. Porto Alegre: Sulina, 2003.
- SAYAG, M. A. e MESQUITA, R. A. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. FREITAS E. V. et al Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- SOUZA, A. M., RAMOS, E. C. M. E., FERREIRA, E. S., ET AL. **Serviço social em oncologia**. Imprensa Oficial do Estado S.S. – IMESO, São Paulo, 1997 (reimpressão). Org. Comitê de S. S. em Oncologia – FOSP.
- TEIXEIRA, S. F. (org.) **Reforma Sanitária: Em Busca de uma Teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.
- TERRA, S. F. (org.). **Envelhecendo com qualidade de vida: Programa Geron. R. S.** EDIPUCRS, 2002.
- VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social cotidiana, formação e alternativa na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.
- VASCONCELOS, Ana Maria. **Serviço Social e práticas democráticas na saúde**. In: **Serviço Social e saúde – formação e trabalho profissional**. MOTA, Ana Elizabete... (et al.), (orgs) São Paulo: Cortez, 2006.
- VIEIRA, E. B.. **Manual de gerontologia: um guia teórico – prático para profissionais, cuidadores e familiares**. RJ: Revinter LTDA, 1996.
- YASBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1996.