



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

SANDRA MARIA VEBER SANTOS

**A IMPORTANCIA DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AS FAMÍLIAS NO
MOMENTO DO ÓBITO, NO HOSPITAL REGIONAL Dr. HOMERO DE MIRANDA
GOMES – SÃO JOSÉ – SC.**

PALHOÇA

2009

SANDRA MARIA VEBER SANTOS

**A IMPORTANCIA DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AS FAMÍLIAS NO
MOMENTO DO ÓBITO, NO HOSPITAL REGIONAL Dr. HOMERO DE MIRANDA
GOMES – SÃO JOSÉ – SC.**

Projeto de Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade do Sul de Santa Catarina – Pedra Branca, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª: Ivania Marcomim, Msc.

Palhoça

2009

SANDRA MARIA WEBER SANTOS

**A IMPORTANCIA DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AS FAMÍLIAS NO
MOMENTO DO ÓBITO, NO HOSPITAL REGIONAL Dr. HOMERO DE MIRANDA
GOMES – 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.

Palhoça, 30 de outubro de 2009.

Orientadora: Ivania Marcomim, Msc.

Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Profª Darlene de Moraes Silveira, Drª.

Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

Enfermeira Ana Maria Espindola Koerich, Msc.

Hospital de Psiquiatria Colônia Santana.

A todos que acreditaram na eficiência do ensino e em mim, Elpídio meu amado esposo, meus filhos, Carlos Alberto e Karolina, que souberam aceitar e compreender o tempo distante, a minha mãe, meus irmãos, amigos, professores, supervisores e orientadores, que me incentivaram e colaboraram para a minha formação, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O presente trabalho resgata a trajetória histórica da saúde, considerada como política de direito nos dias atuais a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS – Lei nº. 8080/90, a qual situa o atendimento hospitalar no nível terciário deste sistema de garantia de direito. Contextualiza a ação do serviço social no âmbito da saúde e, de modo pontual, no âmbito dos serviços hospitalares. Neste contexto, reflete a dinâmica de atendimento que caracteriza as demandas hospitalares, em especial no momento do óbito, o que exige um processo de mediação tecnicamente qualificado no que concerne a atenção sócio-assistencial e sócio-educativa e emergencial para consolidação de mecanismos de acesso a direitos por parte do grupo familiar. Apresenta como problema central de estudo: “Qual a atuação do Serviço Social no atendimento as famílias dos pacientes no momento do óbito no Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes”? Portanto, seu objetivo central volta-se a descrever e analisar tal prática, considerando os domínios teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativo que consolidam a ação profissional. Considera-se que o processo de orientação social para acesso a benefícios previdenciários e assistenciais seja um direito dos pacientes e familiares junto ao SUS, aos quais deve ser disponibilizado tal serviço.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Direitos Sociais, óbito, Serviço Social.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A ATENÇÃO HOSPITALAR..... | 9 |
| 2.1. A SAÚDE COMO DIREITO E O SUS..... | 9 |
| 2.2. APRESENTAÇÃO DO ESPAÇO INSTITUCIONAL DO HOSPITAL REGIONAL Dr. HOMERO DE MIRANDA GOMES-SÃO JOSÉ..... | 17 |
| 2.3. O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA ÁREA DA SAÚDE E DO HOSPITAL REGIONAL DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES-SÃO JOSÉ..... | 21 |
| 3. A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DO ÓBITO HOSPITALAR..... | 31 |
| 3.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE E A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR..... | 31 |
| 3.2. A IMPORTANCIA DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AS FAMÍLIAS NO MOMENTO DO ÓBITO E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONJUNTO DE DIREITOS NESTE CONTEXTO..... | 36 |
| 3.3. PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DO ATENDIMENTO FAMILIAR EM SITUAÇÃO DE BITO..... | 45 |
| 4. CONCLUSÃO..... | 50 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 52 |
| ANEXO..... | 54 |

1. INTRODUÇÃO

Pretendemos com este trabalho refletir sobre a intervenção do Serviço Social na área da saúde, em especial no atendimento as famílias dos pacientes no momento do óbito. Embora seja consolidado no âmbito dos serviços de saúde que a informação relativa à situação de óbito deva ser objeto de tratamento de outros profissionais, acredita-se que informações, orientações e mediações a partir deste momento possam consolidar melhores condições para que os familiares tenham subsídios para acessar direitos os quais podem representar melhores condições para vivência deste difícil processo.

A presente monografia origina-se na análise da experiência de estágio curricular obrigatório em Serviço Social, realizado no período de fevereiro de 2008 a julho de 2009, junto ao Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes – São José, Santa Catarina. Possui como problema central a interrogativa: Qual a atuação do Serviço Social as famílias dos pacientes no momento do óbito no Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes?

Possui como objetivos específicos: contextualizar a trajetória da Política de Saúde no Brasil; apresentar o espaço institucional, seu plano de ação e a implantação do Serviço Social; apresentar a atuação da intervenção do Serviço Social às famílias dos pacientes no momento do óbito e descrever a prática da intervenção do Serviço Social em relação às orientações provenientes da ocorrência de um óbito, em relação aos benefícios previdenciários e assistenciais.

A vivência de uma perda, em geral reabre outros ferimentos emocionais que não estavam totalmente cicatrizados. Ela é considerada como uma transição maior, que rompe os padrões de interação, requerendo uma organização de vida e propondo desafios de adaptação que deverão ser compartilhados.

A morte é um evento que todos têm que enfrentar, sejam quais foram as crenças construídas, a percepção da morte e do processo do morrer e as formas de reação esperadas, socialmente aceitas, variam histórica e culturalmente. Não obstante estes aspectos emocionais que são, normalmente, os mais fortes neste momento de perda, há questões relativas às condições concretas para seu enfrentamento que podem ser minimizadas considerando-se o conjunto de direitos que pacientes e familiares tem direito a acessar. Muitas vezes, estes direitos representam uma nova e diferenciada condição para que a família passe pelo processo de luto e ordene ou reordene o seguimento da vida familiar considerando os direitos que podem lhes garantir uma condição mais adequada de vida.

A saúde sempre foi considerada aspecto central da vida humana, pois é determinante do existir e da condição deste existir. Todavia, quando se rompem as condições de manutenção da vida, as famílias vêm-se diante de um novo momento que, de imediato representará um rearranjo de papéis e, muitas vezes, condições de vida e sobrevivência. Neste contexto, há que se considerar o conjunto de informações necessárias para muitas famílias para que acessem condições diferenciadas para conduzir ou definir estes novos arranjos. Alguns direitos assegurados pela sociedade representam o reconhecimento de uma melhor condição de cidadania a estes grupos. Neste sentido, o que se faz necessário é informar e mediar o acesso a tais conhecimentos e condições.

Neste contexto, a atenção à saúde por parte do Estado não deve ser considerada concluída no momento do óbito, mas exige que se vá além dele para que se considerem as demandas familiares para vivência do processo que se segue.

O acesso universal a saúde é destacado no Art. 196 da CF 88, o qual reza:

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

Assim, sendo, não se pode desconsiderar as demandas complementares ao processo de óbito e que ainda representam uma relação do Estado com o grupo familiar dos pacientes. Neste âmbito, considera-se um direito que tais famílias vulnerabilizadas pela perda sejam devidamente orientadas para melhor conduzir e acessar condições diferenciadas para resolução de demandas que nascem deste momento.

A complexidade da dinâmica de atendimento terciário em saúde, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde – SUS – Lei nº 8.080/90, considera a necessidade de um atendimento humanizado que reconheça o conjunto de necessidades que interagem com a condição de atenção à saúde, ou, neste caso, com a própria condição de óbito. Este reconhecimento é refletido pelo Serviço Social, que assume atribuições relativas à sua especificidade de trabalho no âmbito das políticas públicas de saúde e no contexto sócio-emergencial, sócio-educativo e assistencial que são demandas comuns à dinâmica hospitalar. O reconhecimento de direitos e mediação destes, junto as famílias em situações de óbito, representa a própria concretização dos objetivos do SUS, no que concerne a humanização dos serviços.

Estas questões são refletidas na presente monografia, cujo primeiro capítulo é composto pelos aspectos introdutórios. No segundo capítulo foi realizado um resumo

histórico sobre a Política de Saúde no Brasil, a criação e a efetivação do SUS, a apresentação do espaço institucional e a contextualização da atuação do Serviço Social na área da saúde e no Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes.

No terceiro capítulo abordaremos sobre a intervenção do assistente social no contexto do óbito hospitalar, fazendo uma narrativa sobre a forma evolutiva de aceitação da morte e do morrer. Enfatiza a importância do acolhimento às famílias no momento do óbito, bem como, as orientações acerca dos direitos previdenciários e assistenciais, e a partir daí, estabelecer as possibilidades e limites da política social e das políticas sociais específicas, voltadas aos direitos que nascem quando do óbito de alguém.

No quarto capítulo apresentaremos a prática realizada durante o período de estágio, descrevendo quais as principais demandas atendidas diariamente pelo Serviço Social na instituição. E o último capítulo contextualiza as considerações finais desta monografia.

Com este trabalho, esperamos demonstrar a importância da atuação do Serviço Social no acolhimento e atenção às famílias no momento do óbito e a dimensão técnica do trabalho realizado nesta área, que desafia os profissionais na sua dimensão humana e profissional.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASÍL E A ATENÇÃO HOSPITALAR.

2.1 A SAÚDE COMO DIREITO E O SUS.

Para que possamos analisar a realidade hoje existente na saúde é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como nós somos frutos do nosso passado e da nossa história, o setor saúde também sofreu as influencias de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo dos tempos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde com um estado de completo bem-estar, mental e social e não apenas a ausência da doença. Ao fazer uma crítica a primeira parte – estado de completo bem-estar – Da Ros (2000), reconhece que não existem dúvidas em relação à saúde ser um objeto de investigação altamente complexo, pois seu entendimento deveria perpassar por três áreas de conhecimento (bío-psíco-social).

A saúde não é um conceito abstrato, ela definiu-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987, p. 382).

A Saúde a partir de 1988 passou a ser um direito, quando o Congresso Nacional promulgou a Constituição Federal Brasileira, a Carta Magna passou a reconhecer a saúde como um direito de todos. A Constituição traz em seu Art. 196 que:

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

Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde não se apresentava desta forma, era pautada na filantropia e nas campanhas sanitárias. Para analisarmos a história das políticas de saúde no país faz-se necessário a definição de algumas premissas importantes, a saber:

1. A evolução histórica das políticas de saúde esta relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade;

2. A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade, sofrendo forte determinação do capitalismo a nível internacional;
3. A saúde nunca ocupou lugar de destaque central dentro da política do Estado, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução de grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto à destinação de recursos direcionados ao setor saúde. (MOTA, 2006, p. 89).

De modo geral, os problemas de saúde tornam-se foco de atenção quando se apresentam como epidemias e deixam de ter importância quando os mesmos se transformam em endemias. Segundo Bravo, (2006, p. 89);

No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. A população em geral, principalmente os que tinham baixa renda não podiam usufruir de atendimento médico especializado, ficavam restritos somente a bondade e aos cuidados dos curandeiros.

Concorda-se com Braga, quando afirma que a saúde emerge como uma questão social.

Após este período evolui-se para tendências diferenciadas na concepção e atenção a saúde pública. Da atenção centrada na doença os movimentos privatistas, em diferentes aspectos caracterizavam a educação da assistência à saúde até chegarmos a estruturas mais bem definidas dentro de uma lógica de Estado como nos explicará o grande sanitarista Carlos Chagas.

Em 1920, Carlos Chagas, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária ampliando o atendimento à saúde, constituindo estratégias para ampliar o poder nacional nesta área.

O sistema previdenciário brasileiro foi se modificando lentamente, primeiro se criou as Caixas de Aposentadoria e de Pensões (CAPs), conhecida como a Lei Eloi Chaves, onde os benefícios eram proporcionais as contribuições, que garantia aos trabalhadores a assistência curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. A Lei Eloi Chaves foi o marco inicial da previdência social no Brasil

Com o processo da industrialização houve uma redefinição do papel do Estado, nesta época teve-se o surgimento das políticas sociais e algumas respostas às reivindicações dos trabalhadores.

Segundo Mota (2006, p. 91), as principais alternativas adotadas para a saúde pública na década de 30 a 40 foram:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais;
- Criação do Serviço de Combate às Endemias (Serviço de Malária no Nordeste e da Baixada Fluminense), financiadas pela Fundação Rockefeller – de origem Norte Americana;
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, que passou a incorporar serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. Em 1939 foi regulamentada a Justiça do Trabalho e em 1943 deu-se a homologação da legislação Consolidação das Leis Trabalhista (CLT), estas leis procuram estabelecer um contato capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador.

Ao passar do tempo o Estado estendeu a todas as categorias os benefícios da previdência, substituindo assim o antigo CAPs, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), aos trabalhadores organizados por categoria profissional. A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos já estava montada na década de 50.

A política de saúde na época da ditadura militar, teve como intervenção o binômio repressão assistencial, a política assistencial foi ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulamentação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, bem como servir de mecanismo de acumulação de capital, ficando para os trabalhadores o papel principal de financiador da previdência social unificada.

Vista que o IAP's era limitado a determinadas categorias profissionais mais mobilizadas e organizadas política e economicamente, o governo militar procurou dar garantias para todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes os benefícios da previdência social. Em 1967, o governo unificou o IAP's ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social (SSRPS).

Segundo Oliveira e Teixeira Fleury (1986, p. 207), “Foi implantado no país o novo modelo de privilegiamento do produtor privado”. As principais características implantadas nesta época ainda segundo estes autores eram:

- Extensão da cobertura previdenciária para os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, articulação do Estado com interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico – industrial responsável pelas altas taxas de capital as empresas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, organizando a prática médica, para a lucratividade do setor saúde e favorecendo o produtor privado desses serviços.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços e a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais, empresariais médicos e emergência do movimento sanitário.

Segundo Mota (2006, p. 95), “foi na década de 80, que a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, vinculada à democracia”.

Foi com o Movimento Sanitário juntamente com o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) e os partidos políticos de oposição, que começou a ser inserido a viabilidade de debates no Congresso Nacional sobre novas propostas tais como, Universalidade do acesso a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, 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, e a formação dos conselhos de saúde. Foi nesta época que começaram a se constituir movimentos que se contrapunham a um modelo claramente privilegiado do setor privado, da medicina liberal, com modalidade hospitalar de atendimento.

Na Previdência, surgiu o chamado “setor publicista”, junto ao Ministério da Saúde, com a inclusão de jovens sanitaristas nos quadros técnicos desse ministério, aparecendo então os chamados “preventistas”. Nos ambientes acadêmicos, foram surgindo novos debates sobre a relação saúde/realidade social, fomentados pelo aparecimento de teses de base marxistas e pela mobilização estudantil em prol das camadas menos favorecidas da população brasileira. (MOTA, 2006, p. 97).

O fato marcante para a discussão na saúde, aconteceu na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal, e contou com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuavam no setor de saúde, dos grupos de profissionais e partidos políticos, que tiveram influência significativa na implantação do

Sistema Unificado de Descentralização de Saúde (SUDS) e na elaboração dos preceitos constitucionais relacionados ao setor saúde.

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988, resgatou as propostas da VIIIª Conferência Nacional de Saúde (CNS), criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhecendo nos Artigos 196 e 197, a saúde como direito de todos e dever do Estado, considerando as ações e serviços de saúde relevantes e de responsabilidade do Poder Público. O Art. 198 apresenta as diretrizes das ações e serviços públicos de saúde – rede regionalizada, hierarquizada e sistema único de descentralização, atendimento integral, como prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Criado constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOAS), Leis nº. 8.080, de 19 de setembro de 1989 e nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ambas ainda em vigor.

A Lei nº. 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Já a lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Essas leis foram aprovadas no primeiro governo civil do estado brasileiro eleito pelo sufrágio universal.

Em 1993, foi aprovada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/93, que teve como objetivo fundamental disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS (Brasil, 1996).

Para tal, a NOB/93 apontou uma série de critérios a serem seguidos pelos gestores municipais. Um destes foi à existência de conselhos de saúde, o que obrigou os secretários municipais e prefeitos interessados em gerir os serviços de saúde de suas municipalidades a incentivarem a criação de Conselhos Municipais de Saúde.

A Décima Conferência Nacional de Saúde foi realizada em nove de agosto de 1996, apresentando como tema central: “SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Assim como as suas duas antecessoras, possibilitaram a mobilização política com a participação de diversos segmentos sociais:

Segundo Oliveira (2000, p. 27):

Nesta conferência ficou evidenciado o quanto as correlações de forças permanecem fortes no setor, tendo em vista os enfrentamentos diante a NOB/96, que após ser

lançada pelo Ministério da Saúde, não foi referendada pela conferência.

Compreendido desta forma, o SUS pode ser considerado como um espaço privilegiado de construção de cidadania.

O SUS esta pautado em princípios doutrinários e organizativos como:

- A Universalidade, que deve ser entendida como garantia de acesso às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, a todas as pessoas, independente de sexo, raça, idade, renda, ocupação ou outras características pessoais ou sociais. Acesso universal presente no Art. 196 da CF 88, o qual reza:

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

A Equidade, princípio também presente no Art. 196 da CF tem por objetivo diminuir as desigualdades, através do atendimento diversificado e específico que supra às necessidades da população a ser assistida, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

A Integralidade deve ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (Lei 8.080/90, inciso II, art. 7ª do Cap. II. Título II).

O SUS também possuiu princípios organizativos, que segundo Vasconcelos (2001, p. 26), são de grande relevância:

Esses princípios configuram-se como diretrizes que orientam a concretização do SUS, as quais se fundamentam nos princípios doutrinários e nos preceitos constitucionais, que definiram as ações do SUS como de “relevância pública” e que colocaram a saúde como pertencente a um sistema mais amplo, ou seja, o da Seguridade Social.

Os Princípios da regionalização e da hierarquização dizem respeito à organização dos serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, sendo planejados a partir de critérios epidemiológicos e conhecimento da clientela a ser atendida, consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;

A descentralização deve ser entendida como a redistribuição do gerenciamento e responsabilidade entre as três esferas governamentais, nacional, estadual e municipal, sendo cada esfera autônoma e soberana em suas decisões e atividades.

A participação popular que se efetiva através da criação dos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde, solidificando a gestão democrática do SUS e institucionalizada pela Lei nº 8.080/90. A Descentralização consolidada com a municipalização das ações de saúde torna os municípios gestores administrativo e financeiro do SUS.

A Saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O Sistema Único de Saúde, integrante da Seguridade Social e uma das preposições do Projeto da Reforma Sanitária, foram regulamentadas, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOAS). O Projeto da Reforma Sanitária teve como base um Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais, e conseqüentemente a concepção ampliada de saúde.

Antes da criação do SUS, o Brasil não tinha um sistema de saúde estruturado de atendimento. Após a oficialização do SUS, foram criados três níveis de atendimento: Nível Primário, que é composto pelas unidades básicas de saúde como os centros e postos de saúde, que oferecem serviços externos, ambulatoriais, nas áreas da promoção da saúde, nas quais podemos citar a puericultura, vacinação, cuidados de pré-natal e fluoretação dentária, como também a prevenção e detecção de doenças como a hipertensão, o câncer e a diabetes melito, funcionando com base fundamentais nas áreas da pediatria, ginecologia, clínica médica e medicina social.

No Nível Secundário, estão concentrados os pronto-socorros, as maternidades, os hospitais distritais ou as policlínicas, clínicas, casas de saúde ou centros médicos, que contemplam atendimento ambulatorial e de internação clínico e ou cirúrgico, podendo ser restrito ou não a uma determinada especialidade.

Já no atendimento do Nível Terciário, classificam-se os hospitais estaduais, os hospitais universitários e os hospitais especializados no tratamento ou estudo de certas doenças. Pela diversidade dos componentes do nível terciário, também podemos usar a denominação terciário-quaternário para os serviços mais complexos desse nível, como é o caso das unidades hospitalares do Instituto Nacional do Câncer.

A atenção à saúde dever ser organizada em rede hierarquizada com o paciente entrando no sistema como que pela base da pirâmide, ou seja, entrar primeiramente no nível de atenção primária para não congestionar o atendimento nos níveis secundários e terciários da saúde.

O autor Gonçalves (1983, p. 102), conceitua o hospital da seguinte forma:

O hospital é parte integrante de uma organização Médica e Social, cuja função básica, consiste em proporcionar à população Assistência Médica Sanitária completa, tanto curativa como preventiva sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisa em Saúde, bem como de encaminhamento de paciente, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Conforme o autor Cecílio (1997, p. 96), ele compara os níveis primário, secundário e terciário de atendimento como uma pirâmide, o nível primária de atenção básica acontece nas unidades de saúde de cada município que deveria oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para nível de atenção primária os usuários do SUS devem procurar atendimento primeiramente no nível primário, após o diagnóstico conforme encaminhamentos médicos poderão ser encaminhados para receber atendimento nos níveis secundário e terciário conforme a complexidade de sua doença. Ou seja, a pirâmide seria formada pelos três níveis de atendimento básico, o nível primária seria a atenção básica, realizada nos postos de saúde com exames e consultas de rotina, o nível secundário ficaria na parte intermediária da pirâmide com o atendimento em especialidades clínicas e cirurgias com alguns atendimentos de urgência e emergência nos hospitais gerais e no topo da pirâmide estaria o nível de atenção terciário, com atendimentos de alta complexidade realizado pelos hospitais públicos e privados. A pirâmide representaria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma ordenada de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referencia e contra-referencia, de forma a atender as demandas e suas necessidades nos espaços adequados.

Como se evidencia, o sistema de saúde tem sua eficácia e efetividade ligada a necessidade de interconexão e complementaridade de serviços, os quais não deveriam se contrapor. Todavia, ao que se observa na maior parte dos municípios ainda há um grande desafio a ser enfrentado no que diz respeito ao reconhecimento do objetivo, significado e posição que deve ser ocupado pelas unidades hospitalares dentro deste sistema de garantia de direitos.

Certamente ao que prevê a lei, há uma forte tendência à banalização do atendimento hospitalar em detrimentos dos demais níveis. Seja por dificuldades de cobertura ou qualidade destes serviços, a maior parte da população busca os hospitais para atendimentos que não seriam a ele dirigidos. A garantia de um atendimento e a suposta segurança na resolução

imediate de necessidades que não são normalmente emergências lota os prontos socorros, tornando as emergências destas instituições em seus grandes desafios.

Esta confiança acaba por colocar as instituições hospitalares como espaços de referência para quase todas as demandas de saúde da população, em especial as que não contam com atendimento particular ou conveniado.

Não apenas isso, mas toda a representação social criada em torno da primazia do atendimento hospitalar para efetivar e resolver as necessidades de saúde o coloca como espaço estratégico (não mais ou menos importante) na estrutura do sistema de atenção em saúde.

As primeiras unidades hospitalares eram ligadas à filantropia, especialmente da igreja católica. Não obstante o avanço da legislação que o qualifica como espaço de consolidação de direitos ainda há certa cultura crescente de que estes espaços sejam instituições “socorristas” para demandas na resolução na rede baixa.

Para além destas questões, há que se considerar que os hospitais são espaços onde se concentra o nível de atenção mais especializada, portanto, presumi-se que neste âmbito necessidades e demandas mais complexas sejam atendidas.

Assim os hospitais passam a ser espaços onde um nível de atenção essencial à manutenção da vida é dado, o que também explica que ele centralize condições de risco maiores que os demais níveis, como é o caso do óbito. Mesmo que a atenção especializada prime pela saúde e pela vida, seu nível de complexidade pode apresentar riscos diferenciados o que exige toda uma condição de atendimento condizente com tais emergências.

2.2. APRESENTAÇÃO DO ESPAÇO INSTITUCIONAL DO HOSPITAL REGIONAL DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES-SÃO JOSÉ.

Fundado em 25 de fevereiro de 1987 sob a direção do Sr. Isaac Lobato Filho, e foi aberto ao público no dia 01 de março do mesmo ano, o Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes – HRSJHMG, como é popularmente conhecido. É apontado como uma das instituições de melhor infra-estrutura de atendimento à saúde no Estado e está subordinado à Secretaria de Saúde de Santa Catarina, que responde pelos recursos materiais e humanos da instituição.

Conforme dados da Instituição sua urgente criação deu-se devido à deficiência apresentada pela Maternidade Carmela Dutra e Hospital Governador Celso Ramos, os quais

mantinham uma elevada taxa de ocupação, prejudicando assim o atendimento para quem os procurava.

O projeto inicial para a construção do Hospital, previa sua instalação junto à ilha de Florianópolis, com o nome de Hospital Regional de Florianópolis, mas devido à falta de um espaço físico que comportasse tamanha obra, o então Prefeito de São José, Senhor Germano João Vieira, cedeu um terreno no bairro Praia Comprida, onde estava localizado um campo de futebol.

A construção do HRDHMGSJ deu-se nos anos de 1982 a 1986, totalizando uma área de 20.264.006 m², que o caracterizava como um dos hospitais mais modernos do Estado de Santa Catarina.

A princípio foram ativados 36 leitos, sendo estes da Maternidade, em regime de alojamento conjunto, sendo ativadas também as unidades de internação obstétricas, a neonatologia e o banco de aleitamento humano.

Aos poucos, no mesmo ano, outros setores foram ativados, como o Centro Cirúrgico, o Serviço de Emergência Geral Pediátrica, ampliando mais sua área de atendimento. Novos serviços foram sendo incorporados à rotina desta Unidade Hospitalar, contribuindo para a assistência integral à saúde de todos que por ali passam.

O Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes conta hoje com atendimento em nível de emergência, ambulatório e internação e conta com uma equipe em cerca de 1.200 funcionários. Os atendimentos são totalmente SUS – Sistema Único de Saúde, sendo seu quadro funcional assim descrito:

| Cargo | Quantidade | Cargo | Quantidade |
|-------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|
| Médicos | 160 | Nutricionista | 02 |
| Enfermeiros | 50 | Administrador | 01 |
| Aux. Enfermagem | 265 | ASG: | 237 |
| Téc. Enfermagem | 202 | Técnico e auxiliar administrativo | 126 |
| Assistente Social | 05 | Téc. Raio X | 08 |
| Farmacêutico Bioquímico | 02 | Fonoaudiólogo | 01 |
| Dentista | 01 | Artífice | 49 |

Fonte: Arquivo médico (SAME – HRDHMGSJ)- 2008.

A Instituição dispõe de estrutura privilegiada, com moderna arquitetura e modernos equipamentos, além de profissionais altamente gabaritados e atendimento em diversas áreas

da medicina. Vale ressaltar que o Hospital Regional funciona como centro de referência em ortopedia e oftalmologia para toda Santa Catarina.

Instalou-se no mesmo espaço físico do HRHMGSJ, no dia 30 de novembro de 1987, o Instituto de Cardiologia que também é referência em Santa Catarina, que é uma unidade da Secretaria da Saúde, tendo funcionários próprios e independentes administrativamente. O referido hospital conta também com a Associação Amigos do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes – AAMHOR, onde pessoas da comunidade trabalham de forma voluntária, dividindo seu tempo com as pessoas hospitalizadas. Existem hoje cerca de 100 pessoas inseridas atuando diretamente nos leitos.

A clientela que procura o Hospital Regional provém em maioria dos municípios da Grande Florianópolis (Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu), porém é extremamente significativo o número de usuários de municípios circunvizinhos e do interior do Estado, que vem em busca de recursos e atendimento públicos inexistentes em suas localidades.

O Hospital hoje conta com aproximadamente:

- Leitos – 277 (incluindo UTI neonatal, UTI geral e Emergência);
- Leitos de Internação Domiciliar: 76;
- Internações: 939;
- Cirurgias: 623;
- Partos: 256;
- Consultas em ambulatórios: 4.270;
- Atendimento Emergência: 18.459;
- Exames Radiológicos: 6.539;
- Exames Laboratoriais: 14.839;

Fonte: Retirado do serviço de arquivo médico (SAME-HRDHMGSJ) 2008.

Distribuição de Leitos por Setor

O Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes - São José disponibiliza em suas dependências 316 leitos subdivididos em diferentes setores conforme descrito no quadro anexo número 01, entre a diversificação de demandas atendidas no ano de 2008 no hospital, estão distribuídas entre consultas médicas ambulatoriais, pronto atendimento, cirurgias, exames e internações, conforme visualização no anexo 02 destaca-se os atendimentos e o índice de óbitos ocorridos de janeiro a agosto de 2008.

Como o HRDHMGSJ é um hospital geral, de alta complexidade e que atende diversas demandas traumáticas ou não, localizadas na grande Florianópolis e referencia para tratamento de várias patologias clínicas, atende a população de todo o estado Catarinense, considerado um hospital geral atende alguns programas como:

a. **Proteger UTI Neonatal**

- Entrevista com as mães de bebês internados na UTI neonatal;
- Reunião semanal com grupo de mães para orientar e estimular sua participação durante o tratamento dos bebês;
- Acompanhamento durante a internação procurando intervir nas situações sociais que interferem no tratamento;
- Acompanhamento mães/bebês no ambulatório de alto-risco até 01 ano de idade;
- Localização e contato com familiares quando se ausentam do hospital, deixando de acompanhar o tratamento do bebê;
- Elaboração de relatórios e estudos referentes ao programa;

b. **Rede Regionalizada de atendimento a violência sexual da Grande Florianópolis.**

- Integração de diversos serviços da área de saúde, psicossocial e segurança, para oferecer atendimento acolhedor e seguro às pessoas vitimizadas sexualmente;
- HRDHMGSJ – porta de entrada do serviço. No hospital o cuidado pode prevenir diversas doenças transmitidas por vias sexuais, além de que o boletim de ocorrência e o exame do IML também serão feitos no hospital;
- Serviço Social – coordena a rede no HRSJHMG e vem atuando no treinamento das equipes de emergência, elaboração dos materiais de divulgação e apoio na estruturação do serviço;

c. **Grupo de Trabalho de Humanização do HRDHMGSJ**

- Equipe multiprofissional;
- Buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissionais de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade;
- Possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS;

- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS;
- Modernizar as relações de trabalho nos hospitais públicos, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade;

d. Comitê de Ética em Pesquisa

- Participação desde 2003;
- Em 2006 o Serviço Social assumiu a coordenação;
- É responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, realizadas no HRDHMGSJ;
- Resguardar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito de pesquisa;
- Equipe multiprofissional.

A missão do Hospital Regional de São José é oferecer serviços de saúde, ensino, e pesquisa, com qualidade e resolutividade, de acordo com as necessidades de nossos usuários internos e externos, com princípios de respeito, humanização e principalmente ética.

A visão do Hospital Regional de São José é ser excelência em quantidade e qualidade no atendimento das áreas/especialidades em que hoje atuamos, focados no futuro, buscando ampliar assegurando eficiência.

No contexto desta estrutura pode-se destacar a atuação do Serviço Social, como sujeito integrante do sistema de atendimento, ligado a diferentes frentes e demandas, as quais se apresentam na seqüência deste estado.

2.3. O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA ÁREA DA SAÚDE E DO HOSPITAL REGIONAL Dr. HOMERO DE MIRANDA GOMES-SÃO JOSÉ.

Para melhor compreensão acerca da atuação do Serviço Social no âmbito hospitalar considera-se importante situar a atuação no âmbito da saúde, portanto, no âmbito macro estrutural desta política que o qualifica a compor as equipes multidisciplinar e interdisciplinar de saúde. Isto porque há que se compreender a estreita ligação entre este profissional e a evolução da própria política de saúde hoje vigente e da própria ação hospitalar.

O assistente social desenvolve ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença. O que de novo se coloca na inserção atual do assistente social na área de saúde é o fato de que essa “prática” não é mais mediada pela ideologia da ajuda e sim

pela perspectiva da garantia de direitos sociais. Atua justamente nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam a exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica curativa e individual.

A atenção à saúde não está centrada apenas sob o enfoque médico, mas nas diferentes intervenções cujas práticas enfocam a prevenção. A especialização da prática profissional no trabalho coletivo na saúde evidencia-se, em sua atuação, que não se dá na doença de forma específica, mas no conjunto de variáveis que a determinam. É no confronto entre o direito do usuário e as normas institucionais que o profissional intervém para assegurar o cumprimento deste direito que é expressão mínima de outros grandes embates que o profissional enfrenta no setor de Saúde.

O que caracteriza a atuação profissional na saúde na atualidade reflete os múltiplos desafios e avanços conquistados ao longo dos tempos na trajetória histórica da profissão nesta área, o que, por outro lado, reflete os avanços da saúde como política de direitos. Tomaremos por base as reflexões de Bravo (2005, p. 90) para contextualizar brevemente este processo histórico.

Segundo o mesmo autor, a Saúde Pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder, foram várias as tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país. As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 30 têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores.

Para Bravo e Matos (2005, p. 53), a conjuntura da década de 30 a 45, caracterizou o surgimento da profissão no Brasil, com influência européia a área da saúde não encontrou quantitativo profissional, apesar de algumas escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional desde o início também se pautou em disciplinas relacionadas à saúde. O surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social no período de 30 a 64, bem como a ação profissional na área da saúde, mostram evidências significativas. A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois sub-setores: o de saúde pública e o de medicina preventiva. O sub-setor da saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, e restritamente, para as do campo. O sub-setor de medicina previdenciária só vira sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

A expansão do Serviço Social no país, entretanto, ocorre somente a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e

às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial. Nesta década, a ação profissional na saúde se amplia, transformando-se no setor que mais absorve Assistentes Sociais.

A situação da saúde na década de 45 a 64, não conseguiu eliminar o quadra de doenças infecciosas e parasitárias existentes, elevando as taxas de morbidade e mortalidade infantil.

Conforme Bravo e Matos (2005, p. 120).

O Assistente Social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com orientações em relação a higiene e saúde, atuou nos programas prioritários estabelecidos pela normatização da saúde.

O Serviço Social na área da saúde passa a receber influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária.

Após a década de 64, o Serviço Social sofre profundas transformações em relação a sua atuação na área da saúde. É nesta década que o estado passa a utilizar o binômio da repressão-assistência, tendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade civil, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, bem como servir de mecanismo de acumulação do capital.

Conforme Bravo e Matos (2005, p. 94), na década de 74 a 79, o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, no aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento geral da sociedade. A política social nesta década teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da questão social, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.

Ainda seguindo estes autores, foi na década de 80 que o Brasil passou por grandes mobilizações política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. Nesta conjuntura, há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social através da ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo. É nesta década que a análise da política de saúde tem aspectos centrais à politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço das práticas institucionais. Também é nesta época que o Serviço Social observa mudanças de posições, passa a incorporar uma postura mais crítica dos trabalhos em saúde, começa a apresentar nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva proposta de intervenção formulada

pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), bem como a articulação do CFAS com outros conselhos Federais da área da saúde.

O Processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado com as questões colocadas pela realidade da época, não foram realizados grandes debates para a busca da construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária.

O Serviço Social na década de 90 continua desarticulado, enquanto categoria, do movimento sanitário. Este, por sua vez, não detém hegemonia no debate da saúde coletiva.

Para Bravo (1996, p. 204), ao mencionar o Serviço Social na Saúde na década de 90, faz-se necessário montar didaticamente um paralelo entre a profissão e a luta por esse direito. Historicamente observamos que a atuação do Serviço Social na área da Saúde se deu no âmbito curativo e com abordagem individual.

A atuação do Serviço Social na área da saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articuladas aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social.

Refletir sobre o processo de trabalho em saúde implica considerar que ao longo da segunda metade do século XIX e das primeiras décadas do século XX, a medicina social e a saúde pública tiveram franco desenvolvimento nos países europeus, sempre como tarefas, quando não executadas, financiadas ou supervisionadas pelo Estado.

Um marco decisivo de transformação deste processo é instituído a partir da constituição do Sistema Único de Saúde – SUS, mas com seus 20 anos de existência, ainda continua a requerer sua efetivação conforme preconiza a lei.

Como se percebe a inserção da profissão nesta área evidencia que sua atuação é sempre mediatizada pelo contexto sócio-histórico onde se processa a realidade.

O exercício da profissão está baseado em competências ético - políticas, teórico - práticas e técnico - operativas para defender o seu campo de trabalho. É fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para ter clareza de qual direção social a sua prática requer.

Na competência teórico-metodológica, o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a demanda que trabalha. Para isso, faz-se necessário possuir conhecimentos teórico-metodológicos, que lhe permita observar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais.

Com a competência técnico-operativa, o profissional deve conhecer e apropriar-se, de um conjunto de habilidades técnicas que o permitam de desenvolver ações profissionais junto à população usuária a as instituições contratantes (Estado, Empresas, Organizações Não-Governamentais, Fundações e Autarquias), garantindo assim uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores e a realidade social. O profissional de Serviço Social jamais poderá exercer sua profissão sem incorporar as competências do Assistente Social, caso contrário cairá nas armadilhas da fragmentação e da despolitização, tão presentes no passado histórico do Serviço Social.

No campo da saúde, o avanço representativo que se obteve com o SUS, instaura também uma nova lógica de relação profissional com o universo hospitalar, agora qualificado como nível terciário de atenção especializada.

Observamos que a rotina de trabalho realizada pelo Assistente Social no contexto da saúde, em especial no âmbito hospitalar, é marcada pelo contato direto com a população, embora mediado pela aplicação de outras práticas.

A primeira etapa do processo de atendimento realizado pelo Serviço Social nos serviços de saúde, refere-se à aplicação de instrumentos de trabalho como a entrevista o que configura a dimensão investigativa da prática profissional. A entrevista é um dos instrumentos mais utilizados pelos Assistentes Sociais, consiste num processo de comunicação direta entre o Assistente Social e o usuário (entrevista individual), ou mais de um (entrevista grupal), uma entrevista bem conduzida permite captar o contexto no qual o usuário encontra-se inserido, permitindo identificar as demandas do mesmo, sejam de ordem social, psicológica, financeira entre outras. Para Lewgoy (2000, p, 233):

Para situar o processo de trabalho como processo de transformação de um objeto determinado, seja em seu estado bruto ou já trabalhado, em um produto determinado, requer uma transformação efetuada por uma atividade humana determinada, utilizando instrumentos de trabalho determinados.

Partindo do pressuposto de que os meios de trabalho são os conjuntos de elementos intermediários entre o trabalhador e o objeto a ser transformado, a habilidade no uso de técnicas se insere na tecnologia que influencia a produção específica do Serviço Social. Neste processo é comum na ação do serviço social hospitalar falar-se do processo de encaminhamento.

Referente ao encaminhamento Sarmiento coloca que: (2000, p. 104):

O encaminhamento, muitas vezes confundido com transferência de responsabilidade entre setores e organizações, torna-se um serviço parcial e insuficiente, exigindo novos retornos através de uma recorrência burocrática e do disciplinamento em percursos infundáveis nos corredores institucionais, que acabam por reforçar a dependência e, muitas vezes a perda da auto-estima.

Observamos que a realidade vivenciada pelos usuários em relação ao encaminhamento é que muitas vezes o encaminhamento não é compreendido em seu objetivo como à busca de uma solução para os problemas e situações vivenciadas pela população, e garantia de seus direitos, o conhecimento do objeto de trabalho é essencial para sua concretização. Naturalmente, em sua dinâmica de trabalho o profissional deve considerar o processo de encaminhamento como espaço para politização do sujeito e reflexão sobre acessibilidade a direitos que lhe devem ser assegurados por meio de uma rede integrada.

Conforme Silva, (2007, p. 165):

O processo de trabalho do Assistente Social também introduz ações para estabelecer parcerias, vínculos e redes de apoio, fortalecendo e ampliando os canais de acesso aos direitos.

O processo de trabalho do Serviço Social nesse espaço tem como eixo principal às interfaces da questão social com a saúde, orientada nos cuidados básicos, com ênfase na atenção primária a partir da percepção de que as condições sociais de vida dos sujeitos são fatores determinantes de sua saúde.

O profissional de Serviço Social dentro do hospital deve ter um papel ativo junto à determinada população, visando à promoção e proteção dos direitos do “doente” no processo de reabilitação e cura, considerando sua família como agentes deste processo. Para Freitas (2007, p. 65):

No hospital, os sujeitos adoecidos, no ato da internação, tendem a vivenciar um doloroso processo de ruptura com o mundo doméstico, e ingressam numa estrutura técnico-burocrática de padronização e despersonalização.

Assim, a experiência de adoecer numa instituição hospitalar é marcada por envolver a destituição dos referenciais culturais e históricos da vida do sujeito no momento em que este passa a integrar uma rígida rotina de alienação em relação ao próprio corpo, tornando-se objeto de controle e de medicalização.

O profissional de Serviço Social no hospital, em muitos casos, pode acabar desempenhando papel funcional para a instituição, na medida em que suas atividades

relacionam-se, principalmente, com a necessidade de agilizar iniciativas e providenciais tais como: aquisição de medicamentos, alta hospitalar, liberação de leitos e providência de recurso. As ações profissionais e institucionais caminham juntas, tendo naturezas distintas, porém complementares.

Baseando-se, no papel das políticas públicas e na definição de interesses para a confirmação de políticas sociais, independentemente dos objetivos de desenvolvimento pré-determinados na sociedade, o que se concretizará, será o equilíbrio entre os agentes envolvidos, ou seja, entre o Estado e os atores sociais.

Neste contexto, defende-se que o serviço social tenha ação estratégica na atenção hospitalar nas dimensões sócio-assistencial, sócio-educativa e emergencial, transcendendo o enfoque imediatista que por vezes possa se estabelecer a esta prática.

O profissional de Serviço Social ocupa um lugar privilegiado no mercado de trabalho, na medida em que ele atua diretamente no cotidiano das classes e grupos sociais menos favorecidos, eles possuem a real possibilidade de produzir um conhecimento sobre a realidade. Esse conhecimento é, sem dúvida, o seu principal instrumento de trabalho, pois lhe permite verificar e analisar a real dimensão das diversas possibilidades de intervenção profissional. O fazer profissional do Serviço Social, supõe uma ação reflexiva e dialógica, envolvendo os diversos atores e cenários existentes no contexto social.

Deste modo, o profissional não pode se limitar a aspectos pontuais de intervenção, deve realizá-lo gradativamente de forma articulada, tendo consciência que sua ação interventiva está inclusa na totalidade de sua intervenção. As demandas que evidenciam a complexidade da ação profissional se expressam de modo cotidiano junto aos plantões dos hospitais. Os usuários chegam ao plantão do Serviço Social através de procura espontânea, encaminhamentos internos e encaminhamentos externos. Os encaminhamentos diferem de unidade para unidade dependendo da procura maior ou menor por determinados serviços que são oferecidos. Segundo Vasconcelos (2007, p. 167).

O plantão faz parte de qualquer unidade de saúde, sendo, não só nos hospitais e maternidades, o ponto de referência para realização do trabalho com os internados na emergência ou enfermarias e seus familiares, mas para o atendimento nas unidades de atenção básica e secundária.

O plantão é uma atividade comum à maioria dos assistentes sociais, ainda que, em algumas unidades de saúde, esta atividade não seja reconhecida por este nome. O Plantão não se constitui assim, num serviço ou uma atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-

se a ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social para "resolver o(s) problema(s) do usuário".

No plantão, em resposta a estas demandas, os assistentes sociais realizam "encaminhamentos internos" (para Programas, Projetos e/ou serviços da unidade), "encaminhamentos externos" (INSS, Defensoria Pública, outras unidades de saúde, recursos assistenciais, etc.) e/ou "orientações diversas" (previdenciária, documentação, realização de exames, etc.).

Se por um lado, a atenção prestada pelos assistentes sociais, em grande parte, permite aos usuários sentirem-se respeitados, apoiados, contando no interior das instituições com um lugar para mediar suas tensões e viabilizar o acesso a direitos, em longo prazo estas ações, como um fim em si mesmo, acaba por contribuir para que os mesmos sejam impedidos de utilizar estes espaços na sua mobilização, organização e acesso a informações necessárias para preservar, ampliar e realizar seus direitos.

Os assistentes sociais atuam junto a sujeitos sociais que guardam na sua história de vida, as dimensões universais e particulares da questão social. Questão social cujas expressões históricas e contemporâneas personificam o acirramento das desigualdades sociais e da pobreza na sociedade capitalista brasileira.

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

O setor do Serviço Social do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes - São José foi implantado juntamente com a inauguração do Hospital, em fevereiro de 1987, pela Assistente Social Carmem Regina da Silva, o qual tinha como objetivo oferecer um atendimento que viesse a ser condizente com as reais necessidades da população usuária em questão, na época.

O setor de serviço social está subordinado à Gerência Técnica e conta hoje com cinco assistentes sociais, uma escrituraria e quatro estagiárias de Serviço Social.

Segundos registro funcional, do Departamento de Recursos Humanos passaram pelo Hospital quinze Assistentes Sociais, tendo como atribuições:

- Elaborar, coordenar, executar e avaliar programas e projetos que atendam as demandas dos usuários do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes – HRSJHMG, observando a política estabelecida pela Direção do Hospital;
- Participar da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente, visando reforçar a dimensão social do atendimento para a melhoria da qualidade de vida do usuário;
- Prestar orientação aos usuários (pacientes e familiares), quanto às rotinas hospitalares, direitos sociais, direitos previdenciários, entre outros;
- Realizar entrevista, estudo sócio-econômico junto aos usuários com vista ao atendimento de suas necessidades;
- Desenvolver ações com o objetivo de garantir os direitos dos usuários, resguardando sua dignidade pessoal, sua individualidade, enfim o respeito que lhe é devido;
- Emitir parecer técnico na utilização de recursos na área social, no âmbito do hospital;
- Prestar assistência (medicamento, auxílio transporte, etc.) conforme a disponibilidade de recursos do Serviço Social do HRSJHMG;
- Estimular a organização e articulação de grupos de pacientes com patologias específicas para conquistas do atendimento de suas necessidades;
- Incentivar a participação da família e do paciente no seu tratamento;
- Identificar recursos existentes nos órgãos comunitários (Ong) e governamentais (Ong) para encaminhamento dos usuários;
- Intensificar os canais de comunicação com as Secretarias Municipais de Saúde, Hospitais e Policlínicas do Estado, com vistas a garantir o atendimento de referência e contra-referência, objetivando a implementação de programas específicos, subsidiando assim as ações profissionais;
- Desenvolver estudos/pesquisas científicas na área de sua competência;
- Assessorar a Direção Geral e Gerência Técnica nos aspectos relacionados a área social;
- Estabelecer parcerias com os programas desenvolvidos no Hospital procurando desenvolver ações de cunho preventivo;
- Participar dos conselhos de política e de direitos visando o controle das políticas sociais;
- Promover e participar de eventos científicos na área da saúde, visando à socialização do conhecimento;
- Elaborar relatórios e estudos referentes à intervenção do Serviço Social. (RDHMGSJ. 2008)

É imprescindível a participação do assistente social na equipe multidisciplinar de assistência ao paciente, pois, essa participação, visa atendê-lo de forma integral (aspectos físicos, sociais e emocionais).

As ações são sempre desenvolvidas com o objetivo de garantir os direitos dos usuários, resguardando sua dignidade pessoal, sua individualidade, enfim, o respeito que lhe é devido.

Podemos observar que ao longo da trajetória do Serviço Social na área da Saúde, suas atuações estão sempre ligadas diretamente com as políticas públicas, e ao acesso a direitos por parte dos que estão em condição risco, vulnerabilidade ou exclusão social. Sendo assim, vemos a necessidade da atuação do Serviço Social no âmbito Hospitalar, junto à relação paciente internado e sua família, no sentido de mediar demandas ligadas a condição de saúde e do processo de hospitalização.

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

Para sua atuação segue as diretrizes políticas da instituição (assistência, ensino, pesquisa e extensão). Busca conhecer a realidade sócio-econômico-cultural das pessoas que são atendidas, refletindo com as mesmas sua situação de saúde, considerando as condições de vida no sentido de levantar condições e meios de transformações em seu cotidiano.

Os Assistentes Sociais têm como compromisso ético-político a defesa do SUS, de forma a representar, de maneira significativa, sua contribuição em torno da conquista da saúde como direito. Neste contexto, não limita a atenção especializada no âmbito hospitalar ao tratamento da doença, mas ao conjunto de aspectos a ela vinculados, o que inclui a atenção às demandas pós-morte, especialmente se reconhecermos os familiares como grupo de direitos. Ao falecer não se destitui a identidade familiar e seus vínculos, portanto, os direitos dos sujeitos passam a ser, em muitos casos, representativos de seu núcleo familiar igualmente.

Neste âmbito, há que se considerar devidamente o que seja a própria questão do óbito para que se possam considerar os diferentes aspectos a ela vinculados e que exigem mediações no âmbito dos direitos ainda na condição de responsabilização do serviço hospitalar.

3. A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO ÓBITO HOSPITALAR.

3.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE E A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR.

A palavra Tanatologia, é derivada do idioma grego, **thánatos**, que representa o Deus da morte na mitologia grega e **logos**, que significa estudo, por isso a palavra tanatologia é o estudo da morte ou a ciência da morte, segundo o autor Assumpção (2003, p. 21-26), no dicionário português temos a palavra morte com o significado de “cessação da vida”.

A morte é uma experiência humana universal, morrer e morte são mais que eventos biológicos, eles possuem dimensões religiosa, sociais, filosóficas, antropológicas, espirituais e pedagógicas. Estudos revelam que desde o período pré-histórico, já era comum a preocupação humana com a morte, alguns arqueólogos encontraram evidências de tributo aos mortos com flores em locais de enterro datados da época de bronze da humanidade.

Na Idade Antiga a história da transgressão de Adão e Eva no jardim do paraíso como origem da morte e que persiste até hoje, nas tradições religiosas do Judaísmo, Islamismo e no Cristianismo, o casal ao praticar um ato de desobediência à divindade é punido pelas Leis Divinas com a morte. Na Idade Média, as pessoas vivendo na cultura da Europa Ocidental, compartilhavam uma visão do universo como uma ligação entre o material e a lei divina.

Aires, historiador francês, caracterizou este período como o da “morte domada”, onde os doentes sabiam quando iam morrer, chamavam os parentes, os amigos íntimos, os conhecidos da vila para o ritual da despedida, a morte era algo próximo, familiar.

O mais importante de toda essa história é que o “moribundo” era o protagonista de tudo. A cena girava em torno dele. A morte era o momento em que ele era o foco e tinha voz (Menezes, 2004, p. 87). O momento de morrer era vivido lentamente, com despedidas e depoimentos surpreendentes aos familiares. Ele sabia “sua hora”, os sinais de seu fim e era o centro neste último momento de sua vida.

No período medievo, o fim da vida não era considerado sinônimo de morte física, mas de um sono, uma condição de passagem e, cabia a igreja cristã assegurar a ressurreição quando do retorno apocalíptico de cristo. Entretanto com a ascensão da igreja e sua institucionalização, desde o Concílio de Nicéia com Constantino, começamos a ver a introdução da idéia de julgamento no momento da morte.

A morte passa a ser representada nas descrições literárias e nas pinturas como uma figura desfigurada, pesada de horror, com significado de deterioração representada por um

esqueleto segurando uma foice, daí a expressão de que a “morte ceifa a maneira da colheita da época”.

Em época posterior a peste bubônica produziu um tremendo impacto sobre a concepção da morte nos europeus, foi neste período de sofrimento e vulnerabilidade intensificados que a inquisição começou a usar a tortura e a morte como instrumentos oficiais de política administrativa. O europeu no século XIV via a morte não só com olhos, mas com o ângulo de visão da doutrina teológica que continuava a fermentar e a mudar.

Kastembaum (1983, p. 157), nós da uma idéia sobre este período quando escreve que “Agora, a morte era considerada o castigo de Deus para o homem”.

A revolução científica ocorrida nos séculos XV e XVI, começava a desafiar as noções tradicionais e religiosas de autoridades e começava a estabelecer a idéia do iluminismo, já no século XVIII uma ênfase na razão. A morte deixa de ser contemplada ou ligada no âmbito do sagrado, ela se torna um evento de manipulação moldado pelo ser humano.

Na Europa no início do século XIX, com as conquistas da revolução industrial, destaca-se a ascensão de uma poderosa classe social, a classe burguesa, com novos valores sócio-econômicos e morais, medidas mais eficientes de higiênico sanitário de saúde pública e a construção de hospitais. Essas conquistas mudaram a maneira de ver e tratar a morte, tornando-a mais distante, impessoal destituída de sentidos. Com essas novas percepções, a morte não se passa mais à maneira antiga com suavidade, na presença dos entes queridos à beira do leito de morte e com naturalidade que deveria ter, passa a condição de selvageria. Conforme o autor Áries (2000, p. 322):

O quarto do moribundo passou da casa para o hospital, o único lugar onde a morte pode escapar seguramente a publicidade ou aquilo que resta a partir de então considerada como uma inconveniência mórbida.

Desde então, os hospitais passam a oferecer as famílias o asilo onde conseguem esconder o doente inconveniente, e que muitas vezes nem o mundo nem elas mesmas poderiam suportar, descarregando sobre os outros, com toda boa consciência uma assistência desajeitada a fim de continuarem uma vida normal. Aires (2000, p. 320), nos coloca que:

A morte já não mete medo apenas por causa de sua negatividade absoluta, revolve o coração, como qualquer espetáculo nauseabundo. Torna-se inconveniente, como os atos biológicos do homem, as secreções do corpo. É indecente torná-la pública. Já não se tolera seja que for entrar num quarto que cheira a urina, a suor, a gangrena, onde os lençóis estão sujos. É preciso proibir-lhe o aceso, exceto alguns íntimos, capazes de vencer, a sua repugnância, e aos indispensáveis doadores de cuidados. Uma nova imagem da morte está em vias de se formar: a morte feia e escondida porque é feia e suja.

Com esta colocação percebe-se que, com o desenvolvimento da sociedade a partir do século XIX, a visão da morte e a interação com o paciente moribundo, estão se modificando radicalmente. Neste contexto evolutivo, na atualidade já se compreende que a percepção acerada a morte se liga a um contexto mais amplo e complexo. Diferentes características socioeconômicas, culturais, educacionais, religiosas e psicológicas interferem no modo como olhamos e lidamos com finitude da vida.

Em algumas culturas orientais ou indígenas, por exemplo, a morte é celebrada, entretanto que na maior parte das culturas ocidentais ela é chorada, há obstante o traço religioso que marca esta postura cultural a sociedade reproduz um comportamento historicamente construído. Quanto ao elemento socioeconômico há situações em que a morte representa não só a perda de um ente querido, mas de toda uma condição de subsistência sustentada por que se foi. Neste contexto, perde-se também o próprio estilo e modo de vida. Alguns aspectos educacionais também poderiam ser considerados. Para algumas famílias com base na educação marxista (tem o elemento cultural decisivo), o choro masculino não é permitido – logo a morte é fato a ser superado.

As condições psicológicas, atualmente, são determinadas do processamento do sujeito diante do óbito. Para alguns se torna um trauma que lhe desagrega a própria vida, para outros um sofrimento vivido, trabalhado e superado ou medido.

Ainda há que se considerar a própria fase evolutiva humana que é determinante das condições de percepção deste fenômeno.

A morte no desenvolvimento humano dependendo da fase ganha diferentes percepções e aceitações. Na fase infantil, a origem da vida e da morte está presente na criança no que consiste a separação definitiva do corpo. A criança possuiu plena capacidade de observação e quando o adulto tenta evitar falar sobre a morte com ela, sua reação se manifesta em sintomas.

Ao não falar, o adulto crê estar protegendo a criança e com essa proteção aliviando a dor e mudando a realidade, mas o que ocorre é que a criança se sente confusa, desamparada e inibida, acaba interpretando esse silêncio como se ela tivesse que guardar para si pergunta e sentimentos. A criança também gostaria de negar a morte, mas os fatos contradizem o que lhe informam.

Na adolescência, a percepção da morte já passa a ter as características essenciais, como a sua irreversibilidade, respostas lógicas e formais.

Segundo Ross (1996, p.165):

Adolescência é uma fase de transição como qualquer fase do desenvolvimento humano. É um período de luto, pois o adolescente tem de realizar a perda do corpo infantil, da sua identidade como criança.

Mas é neste mesmo período que os jovens estão voltados para a construção do mundo e pouco tempo para pensar na morte, ele se personifica em parte como herói, aquele que é imortal. Ele caminha para o auge da vida, tem as possibilidades corporais e psíquicas necessárias e a morte está distante como possibilidade pessoal.

É na velhice que as fases se fundem, pois segundo ditado popular o homem começa a morrer no momento que nasce. As células envelhecem e morrem constantemente, na medida em que este vai perdendo coisas através da vida. A velhice normalmente é negada, não se conhece a velhice como algo que se quer chegar.

Podemos observar a velhice dentre tantos outros, pelo menos por dois ângulos, o primeiro relacionado à feiúra e a repulsa pelo corpo envelhecido e a segunda está associada à sabedoria, que prova grandes transformações. Para o autor Giacomini (2003, p. 179) “a morte para os idosos está associada a uma imagem negativa como a de finitude, inatividade, dependência, doença, impotência e decadência”.

Entende-se, que para os velhos torna-se mais difícil adaptar-se a idéia de que a morte está próxima apesar de saber que entre as faixas etárias, o velho é o que menos teme a morte. Na idade mais avançada uma teoria que diz que certos idosos teriam um resfriamento, um desligamento progressivo preparatório para a morte.

A morte pode ser interpretada de várias formas, depende da cultura e da religião de cada indivíduo.

Segundo Moreira (2003, p. 156), na visão Cristã – reformada (luterano-calvinista), há várias crenças relacionadas à morte. Esta religião reconhece a morte física como um fato inevitável, fazendo parte da natureza humana. Um exemplo bíblico “Tu és pó e ao pó

voltaras” (Gênesis 3.19). Para esta religião a morte física não é o fim da vida, mas o início da vida eterna sem dor e sem sofrimento.

De acordo com Ferreira (2003, p. 65), na visão do espiritismo Kardecista, existe vida após a morte, pois apenas o corpo orgânico que morre a alma é eterna. A reencarnação é verdadeira quando a pessoa morre o seu espírito se desprende do corpo físico e pode vir a reencarnar novamente num outro corpo. Já para Sasaki (2003, p. 234), “a morte na visão Budista, tem uma visão realista, ou seja, as afirmações sobre a pós-morte são apenas meras especulações humanas, já que se torna difícil comprovar algo que ainda não aconteceu”. É comum na nossa sociedade a negação da morte, isso reflete um homem confortavelmente instalado num universo sem indagações, há a recusa de refletir sobre a morte como um acontecimento que nos atinge pessoalmente.

As pessoas vivem num ritmo acelerado imprimido pelo sistema de produção e não têm tempo para os velhos e doentes, o que os põe marginalizados, causando-lhes horror. Estar nesta situação, significa se sentir incompatíveis com os valores da economia industrializada gerando a idéia de que a existência de moribundos e mortos devem ser negadas. Todavia, a morte não é uma questão absolutamente do processo de envelhecimento, mas inerente ao simples fato de viver.

Podemos considerar a morte como a maior das crises que o homem enfrenta. Todos nós enfrentamos crises, algumas superáveis outras não e embora estejam sempre presentes há uma diferença que interfere na possibilidade de seu enfrentamento; na terceira idade as perdas aceleram-se, sendo que o tempo para superá-las é menor. Pode ocorrer, no entanto, o idoso sentir-se incapacitado ou frágil para enfrentá-las instalando-se assim uma crise mais séria.

Mesmo considerando que envelhecer e adoecer não sejam sinônimos, não podemos ignorar que determinadas enfermidades são mais frequentes em idosos. Existem as doenças psicossomáticas e ainda as modificações orgânicas que não são doenças, ou seja, rugas, cabelos brancos, pós-menopausa, postura encurvada, reflexos mais lentos, tudo isto reflete na auto-estima. Todos os conflitos gerados por estas situações, geram a preferência pela morte em detrimento da dor física ou psíquica.

De modo mais generalista, para a maioria da sociedade a morte ainda é um tabu, um erro, uma imperícia, uma incompreensão. O tempo passou os indivíduos evoluíram, mas o sinônimo sobre a morte não se modificou, continuamos ter o mesmo medo, a mesma frustração, a não aceitação de uma fatalidade. O que mudou ao longo do tempo foi o local de morrer, antes se morria em casa ao lado da família, parentes e amigos, hoje se excedendo as fatalidades dos acidentes o local mais adequado é o hospital. Essa transferência é o resultado

do grande avanço técnico da medicina, das especialidades médicas e da alta especialidade em equipamentos e instrumentos.

Sabemos que nos dias atuais a morte tornou-se uma situação distante, afinal a ciência retardou a morte. Adoecemos e envelhecemos, mas a morte está longe. A sensação da juventude atribuída a um “estado de espírito”, personalidade, estilos de vida nos dão uma noção de vida prolongada. Ao mesmo tempo, o culto ao corpo, os avanços da biomedicina, estudos da genética, atividades físicas exacerbadas trazem para nossa temporalidade a percepção de que a vida se tornou maior.

Os profissionais de saúde estão constantemente se confrontando com o sofrimento e a morte, não apenas de um paciente, mas de muitos e das diversas formas como ocorrem. Neste sentido, para os profissionais que atuam no contexto da saúde a morte faz parte do cotidiano do trabalho. Todavia, percebe-se que a dimensão técnica de trabalho nesta área desafia os profissionais na sua dimensão humana e profissional e, ainda, além disso, desafia um sistema de serviços de direitos para que se modifique de modo a conduzir adequadamente tais situações.

As emergências neste âmbito passam a ser não somente aquelas relatadas ao trâmite já bem instituído do paciente em óbito, mas da mediação e suporte ao grupo familiar e de convívio que é agente e sujeito integrante deste momento crítico e que apresentarão suas próprias demandas a vivência deste processo.

Neste sentido há que se refletir sobre as emergências manifestadas no contexto do óbito hospitalar, suas demandas as mediações e intervenções profissionais seja no campo dos direitos e benefícios a serem assegurados, seja no suporte bío-psíquico-social aos familiares. Neste processo o Serviço Social tem um potencial constitutivo a ser evidenciado e melhor utilizado no âmbito de atenção terciária em saúde.

3.2. A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AS FAMÍLIAS NO MOMENTO DO ÓBITO E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONJUNTO DE DIREITOS NESTE CONTEXTO.

Conforme contextualizado anteriormente, observamos que ao longo da história a forma de atendimento nos níveis primário, secundário e terciário foi se modificando nas mais diversas situações de doenças apresentadas pela diversificação de sujeitos que procuram pelos atendimentos públicos de saúde. Com essas modificações a concepção de morte também teve suas transformações de aceitação ou não, perante seus familiares ou sujeitos de convívio,

passando de morte familiar acompanhada e assistida pelos amigos e familiares para a morte hospitalizada, longe da família e amigos. O conceito de família também acompanhou essa evolução de sujeito social que somos.

Nos anos medievos a família era composta pelo gênero masculino e feminino, hoje é comum encontramos famílias compostas pelo mesmo gênero, embora ainda vivamos impregnados por uma cultura histórica, uma falsa realidade de segurança, proteção, afetividade e respeito que impõe a tradicional família real como base de sustentabilidade de uma família.

Hoje qualquer grupo que convive sob o mesmo teto e há entre eles a afetividade, o respeito e a proteção é chamado de família. Com essa mudança, ou seja, essa mistura de gêneros na formação familiar pode co-relacionar um aumento mais constante do desgaste emocional de laços afetivos não tão duradouros entre os membros que formam esta família, que quase sempre acaba acarretando em um abandono, principalmente quando parte desta família por motivo de doença tem a necessidade de se hospitalizar. A partir deste momento, ambas as partes sofrem com a separação, o que está hospitalizado se sente discriminado, abandonado, enquanto o membro da família que ficou no convívio da sociedade precisa se adaptar a nova realidade, pois muitas vezes o suporte econômico está com a parte que se encontra hospitalizado.

Na ocorrência do óbito hospitalar onde se faz necessário realizar uma abordagem direta com os familiares da vítima é que se percebe muitas vezes, a falta de afetividade entre os membros da família, neste momento é comum identificar demandas até então desconhecidas pelo profissional de Serviço Social.

É comum observamos em alguns casos a falta de afetividade bem como o inverso desta situação que é o excesso de afetividade e cumplicidade na relação familiar que acaba de alguma forma interferindo no momento da abordagem no que se refere às orientações e encaminhamentos necessários para a realização de encaminhamentos. É neste momento da abordagem que os profissionais encontram situações adversas como: a vulnerabilidade econômica; falta de informação relativa à vida pessoal do indivíduo que entrou em óbito; a desorganização familiar no sentido de quem irá assumir a responsabilidade da organização de encaminhamentos; indivíduos que eram totalmente dependentes uns dos outros e que em função de um óbito sentem-se desamparados sem perspectiva de vida, ou simplesmente ficam estáticos perante o desfalecimento.

Ao abordarmos o tema sobre a importância do Serviço Social na atenção as famílias dos pacientes no momento do óbito, observamos que o profissional de Serviço Social tem a função de buscar de forma criativa e incessante a incorporação de novos conhecimentos articulados aos princípios ético político da profissão.

O princípio 11^a do Código de ético do Serviço Social diz que:

O exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

O espaço de intervenção do Serviço Social é privilegiado, pois ele atua no mundo da vida, ou seja, diretamente na vida de cada indivíduo, com situações e ações diferenciadas. A atuação do Serviço Social efetiva-se por meio de ações, que operam funções que possibilitam o manejo de normas institucionais, burocráticas e sociais.

Essas funções objetivam as múltiplas demandas do cotidiano que emergem nas diversas organizações onde o Assistente Social atua.

O processo de hospitalização gera um sentimento de impotência, tanto do paciente acometido por qualquer patologia, como também para os seus familiares que por estarem psicologicamente fragilizados, quando é o caso, agem de forma não coerente com as ações legais que devem ser efetuadas. Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social na área da saúde se dá frente à dificuldade de aceitação da morte pelos familiares.

Segundo Brian Bacon, (1999, p. 136), “nenhuma transformação fundamental acontece porque é divertida, acontece porque o ambiente força a isso”.

Assim, entendemos que a transformação se dá a partir de uma reflexão consciente do reconhecimento da dor que direciona para a busca da aceitação. Deixar de aceitar a realidade é negar que se podem fazer escolhas que fazem sentidos, nos tornando vítimas da circunstancia. Conforme Kovacs, (1998, p. 67).

O que se define como luto saudável é a aceitação da modificação do mundo externo, ligado à perda definitiva do outro, e a conseqüente modificação do mundo interior. Para que a família aceite a morte de um ente querido se faz necessário à aceitação e a compreensão da morte.

A morte, como conseqüência de uma patologia ou trauma, pode provocar um bloqueio para os familiares, que passam a agir sem interesse, em muitos casos agem como irracionais negando falar sobre o assunto “morte”, dificultando o entendimento e providencias de quaisquer ações que devam ser realizadas por ocasião do óbito.

Não é atribuição do Serviço Social realizar a comunicação do óbito, conforme resolução nº. 49/96 do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), da 7ª Região, mas sim de se fazer presente, participar com a equipe médica no momento da comunicação do óbito.

Para Vasconcelos, (2007, p. 267),

O acolhimento, o apoio e a humanização como fins em si mesmo, não possibilitam a democratização de informações necessárias ao controle social e ao acesso a bens e serviços como direitos sociais ainda que humanizem as relações pessoais.

Observamos que é neste momento que a presença do Assistente Social, faz a diferença em termos de orientação sobre a liberação do corpo, sepultamento, benefícios previdenciários e/ou assistenciais e outros direitos e demandas que se apresentam neste contexto.

O Serviço Social passa a ser um agente mediador, é ele que fará o trabalho de ouvir, de orientar e de encaminhar as famílias dos usuários no momento óbito. É necessário, portanto, a compreensão da realidade para expor aos familiares às orientações necessárias.

Uma das primeiras dificuldades que a família encontrará após a comunicação do óbito, é em relação à liberação do corpo e a declaração de óbito. A maioria dos familiares pensa que quando o óbito ocorre dentro do hospital, o médico que realizou o atendimento é que irá fornecer a declaração do óbito, isto nem sempre acontece, vai depender da causa que levou o paciente a óbito. A declaração de óbito só será fornecida após a confirmação da causa morte e pelo médico que fará a autópsia.

Quando o óbito ocorrer de morte traumática (acidente de qualquer natureza), o hospital encaminhará o corpo para o Instituto Médico Legal (IML); se o óbito ocorrer de causa desconhecida, sem diagnóstico patológico, a família receberá informações para que entre em contato com uma funerária para transportar o corpo até o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), nestes dois casos quem irá fornecer a declaração de óbito aos familiares é o médico legista após a realização da autópsia, que só será realizada após seis horas do falecimento.

Ao médico da instituição caberá fornecer a declaração de óbito quando este ocorrer mediante diagnóstico patológico, ou seja, quando a causa morte for por algum tipo de patologia diagnosticada e definida pelo médico que estava acompanhando o paciente, essas são orientações básicas, mas não é todo profissional de saúde que está apto a prestar a família do paciente no momento do óbito.

Diante do exposto percebe-se a necessidade de atribuir a atividade de comunicação de óbito e liberação do corpo com contribuições imediatas ou posteriores do Serviço Social, pois

ele terá o discernimento e conhecimento necessário para instruir a família sobre os procedimentos legais necessários e, especialmente, encaminhar e orientar a família para que possam ter acesso aos benefícios previdenciários e assistenciais. Conforme Mota, (2006, p. 282).

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos e processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si.

Os benefícios Previdenciários podem ser entendidos como sendo necessidades básicas de seguridade social, previstas no sistema previdenciário brasileiro. As prestações disponíveis pelo sistema previdenciário estão previstas no Art. 18 da Lei 8.213/91 (Lei de Benefícios da Previdência Social). Essas prestações podem ocorrer na modalidade de benefício (valores pagos em pecúnia) e serviços (bens imateriais postos à disposição dos segurados).

O Instituto Nacional do Seguro Social, ou simplesmente INSS, é a autarquia competente no Brasil para o recebimento de contribuições para a manutenção do Regime Geral da Previdência Social, a Previdência Social, por intermédio do INSS, oferece 11 (onze) modalidades de benefícios previdenciários, 01 (um) benefício assistencial que são:

- **Aposentadoria por idade:** têm direito ao benefício os trabalhadores urbanos do sexo masculino aos 65 anos e do sexo feminino aos 60 anos de idade. Os trabalhadores rurais podem pedir aposentadoria por idade com cinco anos a menos, aos 60 anos os homens, e aos 55 anos as mulheres. Para solicitar o benefício, os trabalhadores urbanos inscritos a partir de 25 de julho de 1991 precisam comprovar 180 contribuições mensais. Os rurais têm de provar, com documentos, 180 meses de trabalho no campo (MPAS).
- **Aposentadoria por invalidez:** benefício concedido aos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento (MPAS).
- **Aposentadoria por tempo de serviço:**
- **Aposentadoria especial:** benefício concedido ao assegurado que tenha trabalhado em condições prejudiciais à saúde ou à integridade física. Para ter direito à aposentadoria especial, o trabalhador deverá comprovar, além do tempo de trabalho, efetiva exposição aos agentes físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais a saúde, período exigido para a concessão do benefício (15, 20 ou 25 anos).
- **Auxílio-doença:** benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. No caso dos trabalhadores com carteira assinada,

os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador, e a Previdência Social paga a partir do 16º dia do afastamento do trabalho. No caso do contribuinte individual (empresário, profissionais liberais, trabalhadores por conta própria, entre outros), a Previdência paga todo o período da doença ou do acidente (desde que o trabalhador tenha requerido o benefício). Para ter direito ao benefício, o trabalhador tem de contribuir para a Previdência Social por, no mínimo, 12 meses. Esse prazo não será exigido em caso de acidente de qualquer natureza (por acidente de trabalho ou fora do trabalho). Para concessão de auxílio-doença é necessária a comprovação de incapacidade em exame realizado pela perícia médica da Previdência Social.

- **Auxílio-acidente:** benefício pago ao trabalhador que sofre um acidente e fica com seqüelas que reduzem sua capacidade de trabalho. É concedido para trabalhador empregado, o trabalhador avulso e o segurador especial. O empregado doméstico, o contribuinte individual e o facultativo não recebem o benefício.

- **Auxílio-reclusão:** os dependentes do segurado que for preso por qualquer motivo têm direitos a receber o auxílio-reclusão durante todo o período da reclusão. O benefício será pago se o trabalhador não estiver recebendo salário da empresa, auxílio-doença, aposentadoria ou abano de permanência em serviço.

- **Pensão por morte:** benefício pago à família do trabalhador quando ele morre. Para concessão de pensão por morte não há tempo mínimo de contribuição, mas é necessário que o óbito tenha ocorrido enquanto o trabalhador detinha a qualidade de segurado.

- **Salário-maternidade:** as trabalhadoras que contribuem para a Previdência Social têm direito ao salário-maternidade nos 120 dias em que ficam afastadas do emprego por causa do parto. O benefício foi estendido também para as mães adotivas.

- **Salário-família:** para completar a renda familiar concedida a menor de 14 anos que freqüentam a escola. Benefício pago aos trabalhadores com salário mensal de até R\$ 710,08, para auxílio no sustento dos filhos de até 14 anos incompletos ou inválidos.

- **Benefício Assistencial ao Idoso e ao Deficiente:** devido às pessoas que não tem condições financeiras de contribuir para a Previdência Social. Têm direito ao amparo os idosos a partir de 65 anos de idade que não exerçam atividade remunerada e os portadores de deficiência incapacitados para o trabalho e vida independente.

O Art. 195 da Constituição Federal de 1988, dispõe que:

A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Os profissionais de Serviço Social que atuam nos hospitais trabalham diariamente com situações e demandas adversas. A partir do momento que o usuário tem a necessidade de uma intervenção mais específica relacionado à sua saúde, cabe ao profissional identificar qual a demanda mais urgente do referido usuário para estar orientando ou mediando, é neste contexto que ressaltamos os Benefícios Previdenciários e assistenciais que passam a ser de grande importante tanto para o usuário como para sua família.

O Instituto Nacional de Seguro Social é a autarquia competente no Brasil para o recebimento de contribuições para a manutenção do Regime Geral da Previdência Social, sendo responsável pelo pagamento das aposentadorias, pensão por morte, auxílio doença, aposentadoria por invalidez, entre outros benefícios previstos em lei. A maior demanda dos usuários se enquadra nos benefícios de auxílio doença, que é concedido aos segurados impossibilitados de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 (quinze) dias consecutivos. Neste contexto, torna-se relevante destacar a invalidez decorrente da patológica de neoplasia maligna (câncer), que hoje é a maior causa de internações hospitalares e o aumento considerável de óbito, nesta situação será agregada ao benefício uma porcentagem de mais 25% no valor do benefício pago, desde que comprove perante o INSS que depende de outro indivíduo para viver permanentemente, conforme decreto nº 3.048/099, parágrafo primeiro, regulamentado pela Previdência Social.

Outro aumento considerável de casos de óbitos hospitalares se dá decorrente de traumas ocorridos por acidentes de veículos ou por suas cargas. Nesta situação o usuário terá direito de acionar o Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), criado pela Lei 6.194, de 19 de dezembro de 1974 e alterado pela Lei numero 8.441, de 13 de julho 1992, com o objetivo de garantir as vítimas de acidentes indenizações tanto em caso de morte ou de invalidez. As indenizações do seguro DPVAT são pagas independentes de apurações de culpa, da identificação do veículo ou de outras apurações, desde que haja vitimas transportada ou não. Para acionar o seguro o beneficiado tem prazo de três anos a contar da data em que ocorreu o acidente, ou do tempo decorrido entre a data do acidente e a data de um novo Código Civil Brasileiro.

É neste contexto que observamos a importância da atuação de um profissional facilitador que visa a instrução de direitos dos beneficiados ou de seus familiares, são nessas situações em que a morte aparece de forma traumática, onde a família fica desorientada sem saber a quem pedir orientações e encaminhamentos para resolver problemas burocráticos relacionados a indenizações e benefícios assegurados por lei.

Essas famílias muitas vezes impossibilitadas economicamente de realizar o funeral permanecem estáticas perante a morte, com o agravante da falta de informações dos direitos estipulados pela Constituição Federal, se abstendo da informação que no Artigo 15ª da Lei Orgânica da Assistência Social decorre que:

Compete aos municípios de origem dos usuários destinarem recursos financeiros para o custeio do pagamento de auxílio funeral, mediante critérios estabelecidos pelo Conselho de Assistência social.

Para que a família seja beneficiada com este auxílio, se faz necessário à apresentação de comprovantes de renda e que o valor da renda percapta da família não ultrapasse dois salários mínimos vigentes no país. Outro ponto importante de se ressaltar é que a LOAS ainda não está efetivada em todos os municípios. O hospital regional Dr. Homero de Miranda Gomes, por estar situado na região da grande Florianópolis banhado pelo oceano Atlântico também presta atendimentos aos pescadores da região, o benefício pago aos pescadores se diferencia um pouco dos demais benefícios previdenciários, é o seguro desemprego dos pescadores, também conhecido como seguro-defeso. Foi instituído pela Lei 8.287/1991 e atualmente é regido pela Lei 10.779/2003. Este benefício foi instituído como forma de garantir a subsistência das famílias que dependem exclusivamente da pesca, durante o período em que esta atividade está proibida, em média três meses ao ano.

Entre os requisitos para se fazer jus ao seguro-defeso, o pescador deverá apresentar ao órgão competente registro de pescador profissional e atestado da Colônia de Pescadores a que esteja filiado, comprovando o exercício da profissão, que se dedica à pesca e que não dispõe de outra fonte de renda, a medida visa evitar a extinção das espécies e garantir o sustento dos pescadores e seus familiares.

O pescador quando internado em um hospital receberá as informações necessárias para realizar o requerimento de solicitação de seu benefício nos postos conveniados com as prefeituras municipais. Em relação aos pescadores artesanais eles devem se associar a uma cooperativa de pescadores ou contribuir de forma autônoma ao INSS, para garantir seus direitos como cidadãos de direitos que são. Cabe aqui ressaltar que muitas vezes a falta de interesse do próprio cidadão em buscar informações em relação aos seus direitos estipulados por lei acaba por dificultar a efetivação dos benefícios. O Benefício de Prestação Continuada, BPC, também é um benefício muito orientado pelo profissional de Serviço Social aos usuários internados em hospitais, principalmente no hospital Regional de São José, onde a demanda de usuários atendidos possui baixo poder aquisitivo, idosos e deficientes físicos, fatores determinante s para requer o benefício BPC.

O BPC é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal e assegurado por lei, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. O valor do BPC é de um salário mínimo, pago por mês às pessoas idosas e/ou com deficiência que não podem garantir a sua sobrevivência, por conta própria ou com o apoio da família.

As informações acerca dos benefícios previdenciários e assistenciais possíveis de serem usufruídos pelos familiares são de suma importância quando ocorre óbito no sistema hospitalar, proporcionando aos familiares o conhecimento capaz de ser condição colaborativa financeira, como também no âmbito social, um aporte para que não se perca durante o processo já instaurado com o falecimento os direitos que são gerados a partir do óbito.

Faz-se necessário mediar estas informações, observando quem dos familiares presentes venha a possuir condições psicossocial para estar recebendo tais subsídios, podendo os familiares, se assim o desejarem, procurar o serviço social em data posterior, quando já tiverem concluído os trâmites pós-mortis, devendo para tanto, procurar o profissional que o acolheu primeiramente, para receber as devidas orientações e encaminhamentos.

Percebe-se que o profissional de Serviço Social, além de proporcionar o acolhimento, as orientações e encaminhamentos as famílias no momento do óbito, também exerce a função de mediador. A mediação ocorre quando uma interação vai além da necessidade direta e imediata.

Dentro da exposição aos familiares sobre os direitos e obrigações, oriundas do falecimento de um dos seus membros, ressaltam-se o direito a cidadania que deve ser buscado dentro de parâmetros subjetivos, conjuntamente com as políticas sociais, o que trás a idéia de cidadania.

Assim, política social e cidadania implicam em vincular a cidadania aos direitos sociais e implica, também, em vincular a cidadania à democracia. A importância do paradigma da cidadania reside no fato de, ao não privilegiar o conflito capital-trabalho, numa sociedade onde grandes contingentes de indivíduos encontram-se fora dos direitos e obrigações, afirmar que os direitos sociais que, historicamente, foram construídos para proteção, sejam reconhecidos como direitos de toda a população. As categorias fundamentais para tal paradigma são: igualdade, democracia, direitos sociais, necessidades sociais. A partir destas categorias pode-se delimitar a cidadania e as possibilidades e limites de acesso a ela. E, a partir daí, estabelecer as possibilidades e limites da política social, e das políticas sociais específicas voltadas aos direitos que nasceram com o óbito de alguém.

A desigualdade e a falta de conhecimento sobre a legislação é o fundamento das sociedades burguesas capitalistas contemporâneas que expressam a desigualdade social. Para Pereira (1996, p. 80).

A raiz da desigualdade funda-se na propriedade privada, e a propriedade privada é o que define e circunscreve a política social. Portanto, para estabelecer como paradigma da política social a cidadania, seria necessário, em primeiro lugar, um conceito de cidadania que transcendesse os limites burgueses a ela colocados – uma concepção de cidadania que não tivesse por fundamento a propriedade privada. Mas conseguisse conceitualizar uma cidadania abrangente, onde direitos civis e políticos estabelecessem um movimento dialético com os direitos sociais.

As questões tratadas no processo de atendimento familiar em situação de óbito expressam uma condição coletiva e, ao mesmo tempo, evidenciam demandas que devem ser medidas, pois, representam direitos históricos constituídos os quais se efetivam por meio da informação, sendo este um aspecto básico do reconhecimento de serviço em saúde hospitalar humanizado.

3.3. PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO AMBITO DO ATENDIMENTO FAMILIAR EM SITUAÇÃO DE ÓBITO.

O estágio, como parte do processo de ensino e aprendizagem profissional constitui-se em espaços onde emergem questões que lhe são especialmente particulares por estarem situados nas esferas das relações entre instituições de ensino e organizações. O estágio supervisionado é um componente curricular que favorece a interação teórica prática que compreende uma vivência de como fazer.

A opção de onde realizar o estágio supervisionado é de total responsabilidade do acadêmico, cabe a ele verificar em qual área que deseja atuar após a formação, já que a área de atuação do profissional de Serviço Social, está se ampliando gradativamente, em razão da falta de políticas públicas omitidas pelo Estado.

Devido a minha experiência vivenciada anteriormente como técnico de enfermagem, optei por realizar meu estágio supervisionado no Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes no município de São Jose, Santa Catarina. O estágio supervisionado é efetivamente constituído com uma carga horária de 120 horas semestrais a partir da 5ª fase, num total de 360 horas, e se da em três etapas:

A primeira etapa desenvolvida é a menção das metodologias diagnosticadas de onde se reconhecem à realidade sócia institucional, da demanda e a ação técnica em si. Neste contexto priorizam-se demandas a serem consideradas na instituição acadêmica.

Na segunda etapa o estagiário aprende as metodologias de planejamento da prática profissional considerado uma proposta interventiva própria. E é finalmente na terceira e última fase do estágio supervisionado, que o estagiário operacionaliza seu projeto, levando em conta o conjunto de domínios teórico-metodológico, ético-político e técnico operativo da profissão.

Foi a partir da terceira etapa que a acadêmica pode começar a abordar os pacientes internados onde se observou a necessidade de estar discutindo sobre a importância da intervenção do Serviço Social as famílias dos pacientes no momento do óbito

No processo de trabalho vivido a intervenção do Serviço Social se dá de forma direta ao lado do leito do paciente com entrevista semi-estruturada, numa conversa que busca levar o paciente a relatar seu problema, observando demais demandas que possam ser identificadas no decorrer da entrevista. Uma das demandas atendidas rotineiramente é em relação à orientação da rotina hospitalar tanto para o paciente como para seus familiares em relação à autorização para acompanhantes de idosos e menores de dezoito anos e horários de visitas.

Outra demanda realizada com frequência é a marcação de perícia médica para os pacientes internados e impossibilitados de comparecer a uma agência do (INSS) Instituto Nacional de Seguridade Social para requerer o auxílio doença, determinado por lei conforme contextualizado anteriormente e orientar sobre a importância de se manter um vínculo com o INSS, para que em casos de doença ou acidentes de qualquer natureza o paciente possa ter direito a um auxílio e o direito de se aposentar quando de sua velhice, tentando assim amenizar a situação.

Por se tratar de um hospital de referência e se encontrar as margens de uma rodovia federal de grande fluxo, BR 101, dá-se o atendimento aos acidentados de trânsito, sendo que na maioria dos casos atendidos são clientes de outras cidades, e que passam a necessitar de transporte especializado para sua região de origem, após atendimento, bem como orientação de como agir para usufruir de direitos sociais.

É um hospital de grande porte, e por isso é comum o atendimento de usuários de outras regiões do Estado, e que na maioria das vezes necessitam informações além das inerentes a internação, hospitalização e direitos previdenciários, necessitam atendimento em relação a providências de recursos tais como: roupas, material de higiene, contato com os familiares, contato com a secretária de assistência do município de origem no momento da

alta hospitalar ou em caso de falecimento. Em relação a providências de recursos, se localiza próximo ao hospital regional uma Associação de voluntários AAMHOR (Associação Amigos do Hospital Regional de São José) que arrecada roupas, materiais de higiene, providência corte de cabelo e de barba para os pacientes internados no hospital, formando uma rede de contato entre os profissionais do hospital, os usuários internados e a associação.

O índice de óbitos ocorridos durante o período de estágio no HRSJ foi de 430 óbitos, principalmente na unidade de clínica médica, clínica cirúrgica, coronária, emergência geral e na UTI geral e UTI neonatal.

Mas foi um entre tantos óbitos ocorridos que pude realizar uma atuação de grande complexidade, ou seja, onde foram levantadas inúmeras demandas como: mediar, encaminhar, orientar, providenciar recursos, entrar em contato com a Secretária de Assistência Social de dois municípios, um onde o usuário residia e o outro onde a família desejava sepulta-lo. A princípio a situação se tornou um tanto problemática, pois se tratava de um usuário com baixo poder aquisitivo e dependia do auxílio funeral descrito no art. 15^a da LOAS. Neste caso houve um em passe na concessão do benefício assistencial, pois o município de residência não poderia liberar a ajuda financeira porque o funeral não iria ser realizado no município, em contra partida o município onde a família desejava realizar o funeral não poderia liberar o auxílio funeral porque o indivíduo não residia naquele município. Felizmente neste caso, houve bom senso dos demais membros da família que se reuniram para dar desfecho na situação do funeral.

Segundo Brian Bacon, (1999, p. 136),

Passamos a maior parte de nossas vidas preocupadas com problemas pequenos comparados a morte, não paramos para refletir sobre a morte, a dor que ela causa, ou seja, não nos preparamos para morrer.

Neste contexto, percebe-se que a família precisa receber atenção técnica do profissional de Serviço Social, proporcionando acolhimento adequado às famílias, preservando-os dos olhares piedosos dos demais pacientes e principalmente ser o mediador de informações e orientações que facilite o desfecho do óbito num todo.

A experiência no campo de estágio demonstrou que é possível e necessário valorizar a família dos pacientes, principalmente no momento que decorre o óbito, é necessário, portanto, a compreensão da realidade para expor aos familiares às orientações necessárias.

Para Vasconcelos, (2007, p. 267).

O acolhimento, o apoio e a humanização como fins em si mesmo, não possibilitam a democratização de informações necessárias ao controle social e ao acesso a bens e serviços como direitos sociais ainda que humanizem as relações pessoais.

A vivência de uma perda, em geral reabre outros ferimentos emocionais que não estavam totalmente cicatrizados. A perda é considerada como uma transição maior que rompe os padrões de interação, requerendo uma organização de vida e propondo desafios de adaptação que deverão ser compartilhados.

Observamos durante o período de estágio em situações de comunicação de óbito, quando o Serviço Social não estava presente, que à família deixa de receber informações importantes relacionadas aos direitos assistenciais e de como agir frente tal situação. Considerando que a família recebe a informação de óbito de um ente querido em corredores, sala de reanimação, UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e em muitos casos na unidade onde o paciente estava recebendo o tratamento, os familiares devido ao momento da dor da perda do ente, não conseguem agir por si próprio no sentido de agilizar de forma prática, as ações que devam ser providenciadas. É neste momento, que a presença do Assistente Social se torna indispensável em termos de acolhimento, passando a orientar de forma clara e objetiva sobre a liberação do corpo, sepultamento, benefícios previdenciários e assistências inerentes ao profissional de Serviço Social.

Podemos classificar óbito como uma demanda de alta complexidade, pois como descrito anteriormente à instituição atende pela rede pública de saúde, e seus usuários são em sua totalidade pessoas de baixo poder aquisitivo e de pouca escolaridade, dificultando assim, o acesso à compreensão às informações inerentes aos benefícios previdenciários e assistenciais, bem como a dificuldade de compreensão as informações decorrentes do falecimento. São poucos os atendimentos realizados com familiares que possuem total discernimento em relação à absorção das orientações e encaminhamentos.

A discussão sobre a promoção do acesso aos direitos sociais, tão repetidas pelos profissionais de Serviço Social, parece esvair quando relacionada ao usuário que falece e seus familiares à espera de um rumo ou uma simples orientação. A noção do acesso parece se perder frente àquela família que chora o destino da finitude humana.

O assistente social desenvolve ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença. O que de novo se coloca na inserção atual do assistente social na área de saúde é o fato de que essa “prática” não é mais mediada pela ideologia da ajuda e sim

pela perspectiva da garantia de direitos sociais. Atua justamente nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam à exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica curativa e individual. É nesse contexto que surgem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS, e que determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social, qual seja nas contradições presentes no processo de racionalização e organização do Sistema.

Vasconcelos (2007, p. 276) nos diz que o contato estabelecido do assistente social com os familiares proporciona um “diferencial em termos de apoio e orientações sobre o sepultamento”. Sabemos que alguns benefícios institucionais e também aqueles abarcados por outras instituições são ofertados pelo profissional de Serviço Social em auxílio às famílias mais carentes.

O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais em situações como esta, não se resume a dar voz ao familiar e deixá-lo extravasar sua tristeza ou insatisfação, mas requer mediar demandas diferenciadas apresentadas pelos familiares que perderam alguém e orientar sobre seus direitos sociais neste momento tão soturno e confuso.

Não seria novidade afirmar que a morte sempre foi dotada de mistérios, segredos e crenças, sendo um dos mais antigos questionamentos humanos. Porque morremos e quais as representações criadas para explicar a finitude dos seres, são questões que se perpetuam e atravessam os tempos.

4. CONCLUSÃO.

Após a finalização deste estudo, considerando sua base teórica, é possível afirmar que a importância da contribuição do Serviço Social as famílias no momento do óbito é de suma importância. Tanto em deixar a família extravasar sua tristeza ou insatisfação, bem como nas orientações necessárias sobre seus direitos sociais ligados a esta condição de óbito.

Neste estudo, resgatamos um pouco da trajetória histórica da política de saúde no Brasil, até a criação do Sistema Único de Saúde o SUS, cujo arcabouço jurídico-institucional foi definido na Constituição Federal de 1988, e que se encontra em pleno processo de consolidação, orientado pela efetiva implementação de seus princípios e diretrizes de modo a garantir que toda a população tenha acesso ao sistema, em todos os seus níveis de atenção com qualidade.

Observamos que a intervenção do Serviço Social tanto na identificação das demandas como na buscas de outras demandas que se sobressaem no decorrer da abordagem às famílias dos usuários internados na instituição hospitalar, principalmente quando este atendimento está relacionado diretamente com a questão da perda.

Ao considerar as demandas de óbito e mediar às necessidades dela decorrentes, o Serviço Social reconhece o beneficiário do serviço público hospitalar como cidadão que necessita de acessos às informações que lhe viabilizem melhores condições para vivenciar suas situações cotidianas. Não se resume a atenção hospitalar ao cuidado com a saúde que se conclui de modo pontual com a morte. Nela se estende e se consolida uma atenção diferenciada, que deve reconhecer, inclusive, os próprios princípios do SUS. Neste âmbito, o processo de escuta e orientação irá se desdobrar em situações de articulação com a rede de garantia de direitos que exigem que as famílias os reconheçam e o acessem.

A trajetória histórica do direito a saúde corresponde, em certo grau, ao modo diferenciado como se passou a viver a condição de óbito. Neste sentido, o sistema de saúde passa a ser referência para a atenção em saúde em vários níveis, o que situa os hospitais como espaços próprios à atenção especializada. Neste campo, compreender e mediar às questões decorrentes do óbito representa reconhecer que os serviços devem considerar o sujeito no contexto de suas relações e seus direitos. Compor as equipes de saúde para mediar os processos decorrentes desta situação, situa o serviço social como agente que apreende demandas não absorvidas por outras áreas e atende questões que se situam no campo do direito, sendo este fundamental na atenção em saúde.

Ao trabalhar as dimensões sócio-assistenciais e sócio-educativas de sujeitos e famílias em situação de óbito, o Serviço Social reconhece que os serviços de saúde devem corresponder às necessidades que os segmentos lhes apresentam e que estabeleçam conexões entre saúde e cidadania.

Considerar as demandas familiares neste campo parece ser a condição de viabilizar direitos que podem ser negligenciados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARIÉS, Philippe. **O homem perante a morte**: volume I. Portugal: Publicações Europa – América, LDA. 2ª ed. 2000.

ASSUMPÇÃO, Evaldo. **Tanatologia – Ciência da vida e da morte**. IM: Anais do 1ª Congresso de tanatologia e bioética – Belo Horizonte: Sotamig. 2003.

BRAVO, Maria Inês. **Projeto de Ético - Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária**. 2005.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Ed Cortez. 2006.

BRIAN. BACON. Ministério da Saúde. São Paulo: 2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos Técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Caderno Saúde Publica. Rio de Janeiro: 1997.

CODIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS.CFESS. 1994.

DISSERTAÇÃO. **Mestrado em Serviço Social. Pós-graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da PUC**. Rio de Janeiro: 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Metodologia e ideologia do trabalho social**. São Paulo: Ed.Cortez. 1987.

FREITAS, Bruno Peres. **O Assistente Social na Assistência Hospitalar e o Desafio da Humanização**: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional. Rio de Janeiro: 2007.

FERREIRA, Carlos Alberto Evangelista. **A Visão da morte no espiritualismo kardecista**. In: Anais do 1º Congresso de tanatologia e bioética. Belo Horizonte: Satamig. 2003.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed Nova Fronteira. 1986.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaboradores Projetos e Pesquisa**. 4ª ed., São Paulo: 2002.

GIACOMIM, Karla. **O idoso diante da vida e da morte**. São Paulo: ed., Vozes. 1991.

GONÇALVES, E. Lima. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**, São Paulo: Pioneira. 1983.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3ª ed. São Paulo: Cortez. 2000.

KASTENBAUM, Robert Aisenberg. **Psicologia da morte**. São Paulo: ed., da Universidade de São Paulo: 1983.

KOVÁCS, Maria Julia. **Atitudes diante da morte visão histórica, social e cultural**. IN: **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa da Psicologia. 1992.

KOÁCS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano**. 4ª ed., São Paulo: Livraria e editora LTDA. 2002.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. **A entrevista nos processos de trabalho do Assistente Social**. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre: Vol 6. 2007.

LOAS. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília: 1993.

MENEZES, Raquel Aisengart. **“Em busca da ‘Boa Morte’: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos”**. Tese de doutorado apresentada ao IMS/UERJ, 2004.

MOREIRA, Marcio. **A morte na visão cristã**. Reformada. Anais do 1ª Congresso de tanatologia e bioética. Belo Horizonte: Satamig. 2003.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS. 2006.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Sistematização Planejamento e Avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da saúde**. In MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 2ª ed. São Paulo: Cortez. 2007.

PEREIRA, Potyara A. P. **A Assistência Social na perspectiva dos Direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil**. Brasília: Thesaurus, 1996.

ROSS, Elisabeth Kubler. **A morte como parte da minha vida pessoal**. IN. **Morte, estágio final da evolução**. Rio de Janeiro: Nova Era. 1996.

VASCONSELOS, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social no cotidiano formação e alteração na área da saúde**. 5ª ed., São Paulo: Cortez 2007.

<http://www.guiadapesca.com.br/geral/seguro-defeso-ou-seguro-desemprego-para-pescadores/>
- Acessado em 15Set.09.

[http://www.saúde.sp.gov.content/cidadão_acesso_rápido_pacientes_com_cancer_direitos.m](http://www.saúde.sp.gov.content/cidadão_acesso_rápido_pacientes_com_cancer_direitos.mp)
mp- Acessado 12 Set.09.

ANEXOS

ANEXO 01.

Distribuição de leitos do HRDHMG:

| Unidade | Especialidade | Nº. de Leito | Unidade | Especialidade | Nº. de Leito |
|---------|------------------|--------------|----------|--------------------|--------------|
| 3º B | Clínica Médica | 24 leitos | 5º B | CCP | 06 leitos |
| 3º C | CCP/Vascular | 04 leitos | 5º B | Cirurgia Geral | 30 leitos |
| 3º C | Emerg. Interna | 10 leitos | 5º B | Oftalmo/Otorrino | 06 leitos |
| 3º C | Vascular | 08 leitos | 1º Andar | Emerg. Geral | 20 leitos |
| 3º A | Clinica Médica | 32 leitos | 3º Andar | Neonatologia | 12 leitos |
| 4º A | CCP | 06 leitos | 2º Andar | UTI Geral | 10 leitos |
| 4º A | Gineco | 29 leitos | 3º Andar | UTI Neonatal | 10 leitos |
| 4º A | Oftalmo/Otorrino | 04 leitos | 2º Andar | Centro Obstétrico | 06 leitos |
| 4º B | Obstetrícia | 37 leitos | 1º Andar | Hospital Dia | 05 leitos |
| 5º A | CCP | 06 leitos | 2º Andar | Recuperação – | 11 leitos |
| 5º A | Ortopedia | 34 leitos | 1º Andar | Triagem Obstétrica | 06 leitos |

Fonte: Arquivo médico (SAME-HRDHMG) 2008.

ANEXO 02.

Atendimentos realizados no HRDHMG de janeiro a agosto 2009.

| Especificação | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | TOTAL |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Intern. Outras clinicas | 597 | 481 | 558 | 563 | 614 | 557 | 696 | 747 | 4813 |
| Intern. Obstetrícia | 523 | 500 | 547 | 450 | 431 | 432 | 309 | 289 | 3481 |
| Total | 1120 | 981 | 1105 | 1013 | 1045 | 989 | 1005 | 1036 | 8294 |
| Óbito – 48 h | 3 | 8 | 8 | 5 | 12 | 9 | 13 | 20 | 78 |
| Óbito +48 h | 34 | 28 | 26 | 20 | 36 | 31 | 47 | 37 | 259 |
| Total | 37 | 36 | 34 | 25 | 48 | 40 | 60 | 57 | 337 |
| Óbito UTI | 08 | 12 | 10 | 05 | 09 | - | 09 | 20 | 73 |
| Óbito UTI neonatal | 02 | 01 | 02 | 02 | 05 | - | 05 | 03 | 20 |
| Admissão em UTI | - | - | - | - | - | 18 | 32 | - | 50 |
| Admissão em UTI neo | - | - | - | - | - | - | - | - | 00 |
| Cirurgias Gerais | 633 | 500 | 521 | 582 | 556 | 559 | 521 | 563 | 4435 |
| Proced. Cir. Ambulat. | - | - | - | - | - | - | - | - | 00 |
| Total | 643 | 513 | 533 | 589 | 570 | 577 | 567 | 586 | 4578 |
| Parto Normal | 205 | 191 | 216 | 207 | 186 | 197 | 191 | 187 | 1580 |
| Parto Cessaria | 113 | 118 | 120 | 117 | 104 | 118 | 119 | 114 | 923 |
| Total | 318 | 309 | 336 | 324 | 290 | 315 | 310 | 301 | 2503 |
| Nascido masculino | 158 | 150 | 165 | 191 | 143 | 163 | 179 | 161 | 1310 |
| Nascido feminino | 161 | 161 | 168 | 130 | 148 | 154 | 131 | 142 | 1195 |
| Total | 319 | 311 | 333 | 321 | 291 | 317 | 310 | 303 | 2505 |
| Consulta ambulatório | 4841 | 3978 | 5337 | 4780 | 5660 | 4398 | 4583 | 5142 | 38719 |
| Consulta emergência | 22258 | 18607 | 20801 | 20684 | 20079 | 20598 | 19022 | 18702 | 160751 |
| Medicina do trabalho | 48 | 129 | 267 | 135 | 144 | 214 | 174 | 224 | 1335 |
| Endoscopia | 91 | 71 | 81 | 106 | 106 | 109 | 108 | - | 672 |
| Eletro encefalograma | 11 | 00 | 34 | 00 | 60 | 35 | 31 | - | 171 |
| Retossigmoidoscopia | - | - | - | - | 54 | 58 | 76 | - | 188 |
| Broncos copia | 19 | 16 | 17 | 41 | 28 | 21 | 12 | - | 154 |
| Colonos copia | 9 | 10 | 20 | 21 | 22 | 25 | 18 | - | 125 |
| Exame Radiológico | 7310 | 6291 | 6308 | 7551 | 8444 | 7882 | 7398 | 7775 | 58959 |
| Ultra-sonografia | 700 | 649 | 747 | 662 | 739 | 662 | 723 | - | 4882 |
| Tomografias | 611 | 611 | 533 | 689 | 796 | 627 | 662 | - | 4529 |
| Exame laboratorial | 23187 | 1915 | 20702 | 19573 | 19498 | 21313 | 21363 | 20196 | 165347 |
| Total | 59085 | 32277 | 54847 | 54242 | 55630 | 55942 | 54170 | 52039 | 435832 |

Fonte: Arquivo médico (SAME) 2009.

