



Eixo: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades.

Sub-eixo: Sexualidades, identidades de gênero e direitos.

O COTIDIANO DE MULHERES ACOMPANHANTES EM UMA CASA DE HOSPEDAGEM: UMA ABORDAGEM DO SERVIÇO SOCIAL

**CRISTIANE ANDION DE SOUZA¹
FLANDER ALMEIDA CALIXTO²**

Resumo: Este trabalho teve como objetivo geral conhecer a realidade de mulheres acompanhantes de pacientes em internação prolongada no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU-UFU) habitando em uma casa de hospedagem. Foi realizada pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo, utilizou-se da pesquisa qualitativa por meio da entrevista semiestruturada. A amostra da pesquisa foi composta por 06 mulheres, na qual teve como critério de inclusão serem acompanhantes há mais de 30 dias e residirem em outro município. Podemos conhecer o cotidiano vivenciado por estas mulheres, bem como a atuação do Serviço Social frente às expressões da questão social apresentadas.

Palavras-chave: Acompanhantes hospitalares; Gênero; Serviço Social; Residência Multiprofissional.

Abstract: This study aimed to identify the reality of caregivers attending patients in prolonged hospitalization at the Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU-UFU). During the hospitalization these women stay in a patient support house (ONG). A bibliographic research, documentary research and field research were carried out using the qualitative research methods and a semi-structured interview. The sample of the research was composed of six women (caregivers). The inclusion criterion was that the companions had been with the patient for more than 30 days and resided in another municipality. We can know the daily life experienced by these women, as well as the performance of Social Work in front of the expressions of the social question presented.

Keywords: Hospital companion; Genre; Social Work; Multidisciplinary Residence.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma pesquisa para conhecer a vida de mulheres acompanhantes de pacientes na Residência Multiprofissional da UFU-FAMED na área de concentração de Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC). A Residência em Saúde carrega sua formação de especialista principalmente, na atenção terciária, portanto, é serviço da alta complexidade, em que devem ser realizados procedimentos com um grau maior de invasão devido a vida do

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: <cristiane_andion@outlook.com>

² Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal de Uberlândia.

paciente estar em risco iminente. As ações assistenciais da equipe ocorrem principalmente no Pronto-Socorro, UTI's, Clínica Médica e Cirúrgica.

A partir do atendimento para com o usuário/acompanhante, pretendeu-se conhecer a realidade do cotidiano das acompanhantes em instituições não governamentais da rede. Ao conhecer esse espaço de intervenção pode se avaliar o processo para qualificar a atuação profissional no sentido de dificuldades e potencialidades das acompanhantes no âmbito de suas relações sociais, que tem influência direta no tratamento do paciente.

As acompanhantes que estão na Casa de Hospedagem pesquisada vieram de outros municípios em decorrência da cidade de origem não possuir o tratamento necessário para o familiar, sendo o Hospital de Clínicas da UFU, referência regional como prestador de atendimentos nos três níveis de atenção, com ênfase na alta complexidade, nos serviços de urgência e emergência. Deste modo, além das questões problematizadoras advindas do processo saúde/doença, ainda se vivencia questões de organização familiar, trabalho, locomoção, além de residir em outra cidade, e, muitas das vezes, há um estranhamento da cidade, complicando mais o fato de não haver vínculos com as pessoas que residem no território.

Desta forma, o Assistente Social tem um papel fundamental na intermediação destas mudanças cotidianas das acompanhantes e se torna imprescindível conhecer a realidade vivenciada por tais cidadãos, para contribuir com um acolhimento e atendimento qualificado das demandas sociais dessa população, numa perspectiva interdisciplinar e valendo-se de mediações disponíveis no universo intersetorial da rede sem focalizações.

Para além do acolhimento e acompanhamento destas mulheres, a pesquisa pretende refletir sobre as representações sociais do papel de cuidadora atribuído a figura feminina. Quando um ente adoece, as mulheres (mães, filhas, avós, tias) assumem o papel de cuidadoras, abandonando as cidades de origem e trabalho, mesmo quando o/a paciente possui figuras masculinas disponíveis em sua rede de convivência. Diante do papel de cuidador atribuído consubstancialmente às mulheres, se faz relevante, por meio de uma

perspectiva crítica e propositiva, a reflexão sobre essa atribuição e a análise das consequências deste papel na vida das acompanhantes.

No que tange às acompanhantes, a pesquisa contribuiu para o fortalecimento da relação acompanhante/paciente, bem como, provocou uma reflexão sobre o papel da mulher na sociedade e as atribuições destinadas socialmente considerando vivermos numa sociedade com valores sexistas, principalmente no cuidado para com familiares em processo de internação mais prolongada.

Analisar o cotidiano das acompanhantes só se fez possível por meio da reflexão e questionamento de distintas afirmações legitimadas como verdades em relação à mulher. Foi necessário resgatar como se construiu socialmente as características de gênero tidas como femininas e masculinas em uma sociedade que se conserva cada vez mais tendo mulheres e homens com papéis pré-estabelecidos contribuindo com a reprodução da ordem do capital.

A discussão sobre o conceito de gênero se faz de suma importância, pois contribuiu significativamente para refletir sobre a desigualdade e opressão entre o gênero feminino e masculino, na qual se enaltece o masculino em detrimento do feminino. Tal discussão reflete diretamente no cuidado a pacientes em internação prologada, pois as mulheres da família assumem este papel, pois estão associadas com o ato de cuidar do lar e ainda cuidar dos entes enfermos.

Para tanto, partiu-se da premissa de que sexo e gênero não possuem o mesmo significado. Sexo diz respeito ao aspecto biológico de genitálias e cromossomos (fêmea e macho), sendo uma visão restrita e que não condiz com a realidade, na qual possuem distintas formas de ser, agir e se reconhecer.

Enquanto gênero vem sendo constituído por categorias que são construídas historicamente, socialmente e culturalmente. Nessa perspectiva, gênero se refere aos papéis desempenhados por homens e mulheres na sociedade e são assumidos individualmente por meio de identificação, gostos, costumes, comportamentos e representações:

A construção do gênero pode, pois, ser compreendida como um processo infinito de modelagem-conquista dos seres humanos, que tem lugar na trama de relações sociais entre mulheres, entre homens e entre mulheres e homens. Também as classes sociais se formam nas e através das relações sociais. Pensar esses agrupamentos humanos como estruturalmente dados, quando a estrutura consiste apenas

numa possibilidade, significa congelá-los, retirando da cena a personagem central da história, ou seja, as relações sociais (SAFFIOTI, 1976, p. 211).

O conceito de ideologia de gênero surgiu para denunciar a tradicional classificação baseada exclusivamente pelo sexo biológico, na qual, se afirmavam papéis e locais para homens e mulheres. Neste cenário se observa que a função social de homens e mulheres é diferente, nas quais o gênero masculino foi construído socialmente como aquele com funções de provedor que almeja um futuro promissor em uma carreira de negócios no domínio do público, enquanto a mulher ficou no domínio do privado com a incumbência de cuidar do lar, dos filhos e do marido, devendo ser “amável e obediente” ao homem, (sic.) de acordo com falas reproduzidas do senso comum.

Na sociedade construída sob a sociabilidade burguesa, fortalecida por algumas religiões conservadoras, as atividades que derivam do ato de cuidar tendem a ser atribuídas às mulheres e, naturalizadas de forma a aparecerem como exclusivas da condição feminina. A naturalização da mulher na condição de cuidadora vincula-se a diferentes lugares atribuídos a ela na família: esposa ou companheira; filha, mãe, tia, avó.

Faz-se necessário buscar no modelo de regime econômico uma reflexão sobre a afirmação do papel desempenhado por homens e mulheres na sociedade capitalista, a qual, se tem um ganho sobre esse pseudo determinismo social, em que, colocar a figura feminina como subalterna nos processos produtivos em detrimento do masculino, faz com que se perpetue essa legitimidade ideológica de opressão e não se desconstrua esse *ethos* de valores burgueses que anima uma sociedade na qual fortalece a desigualdade, seja ela de gênero, classe e renda.

Reconhecendo o ato de cuidar como papel da mulher na sociedade se torna prática cotidiana para as mulheres cuidar de seus entes adoecido. Assim, as mulheres podem abrir mão dos compromissos particulares e profissionais para este cuidado, porém o homem deve continuar como detentor financeiro do lar.

Percebeu-se na pesquisa reiteradas vezes, o papel de subalternidade imposta às mulheres. A figura feminina está vinculada ao cuidar desde o

nascimento relacionando à fecundidade, o nascimento, o envelhecer até a evolução do óbito.

No âmbito da atenção à saúde, observamos o papel das mulheres no acompanhamento dos enfermos, desde a prevenção, promoção até o processo de tratamento e reabilitação, levando em consideração a integralidade e continuidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) se originou por meio de luta da organização da sociedade civil e movimentos sociais em defesa da saúde pública, no movimento social conhecido como Reforma Sanitária (década de 1980).

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), em que se discutiram os princípios e diretrizes de uma política de saúde ampla e democrática, se materializado por meio da Lei nº 8.080/1990, que afirma: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Conforme previsto pelo SUS, rompeu-se com a visão centrada no modelo biomédico de saúde, em que só levava em consideração o processo saúde/doença, e que passou a considerar aspectos que influenciam na percepção e aplicação do conceito de saúde da população. O SUS estabelece como princípios fundamentais: a universalidade, a integralidade, a participação social, a equidade e a descentralização das ações. Estruturalmente pode-se dizer que a proposta do SUS objetiva uma compreensão de saúde na perspectiva da totalidade, sem as fragmentações tradicionais da percepção conservadora de saúde, voltadas para a privatização da saúde e práticas curativistas.

Para estruturar a gestão, o Sistema Único de Saúde se dividiu em três níveis de atenção, que se complementam para proporcionar um atendimento equânime e integral para toda a população. Atenção básica caracteriza-se como porta de entrada do indivíduo ao Sistema Único de Saúde e tem como objetivo a prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde e a manutenção da saúde. A atenção média no SUS se distingue através dos atendimentos de nível ambulatorial e hospitalar por meio das especialidades médicas (pediatria,

ginecologista/obstetra, clínico geral, etc.); apoio de diagnóstico e terapêutico; e os serviços de urgência e emergência. Por fim a atenção de alta complexidade, sendo o nível mais complexo de assistência à saúde organizada em polos macrorregionais, através de procedimentos com elevada especialização e avançadas tecnologias. A atenção de alta complexidade atua nas seguintes ações: assistência ao paciente portador de doenças renais crônicas; assistência ao paciente com câncer; cirurgias em geral; assistência em problemas dos ossos e articulações; procedimentos de neurocirurgia; dentre outros.

De acordo com estes princípios e os níveis de atenção, os municípios de menor porte, passaram a receber atendimento de alta complexidade nos municípios e hospitais referenciados regionalmente, para contemplar a proposta de universalidade e integralidade de atendimento através do “SUS Fácil”: (MINAS GERAIS, 2005) “criado para garantir a rapidez e a confiabilidade das atividades de regulação dos serviços de saúde no Estado, com simplicidade e agilidade na operação”.

O perfil dos pacientes que são transferidos para o tratamento referenciados pelas macrorregiões é o paciente em estado crítico, levando em consideração a atenção de média e alta complexidade oferecida pelo SUS. Estes pacientes possuem uma necessidade de tratamento complexo por serem pacientes que apresentam instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido às alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam sua vida (COREMU-UFU, 2017).

A política Nacional de humanização já reconhece a importância da presença dos/das acompanhantes no processo de internação e aponta como pontos positivos principais a presença do/da acompanhante de acordo com a cartilha do HumanizaSUS sobre a visita aberta e o direito ao acompanhante:

Para melhor captar os dados do contexto de vida do doente e do momento existencial por ele vivido, possibilitando um diagnóstico abrangente; Para ajudar na identificação das necessidades do doente e, por meio de outras informações fornecidas pelos familiares, compor o quadro dos seus principais problemas, a fim de facilitar a elaboração do projeto terapêutico singular; Para manter a inserção social do doente durante toda a sua internação; Para permitir, desde o início, a integração do acompanhante e dos familiares no processo das mudanças provocadas pelo motivo da internação e das limitações advindas da enfermidade, colaborando com o doente no enfrentamento destas, entre outras. (BRASIL, 2007).

O Serviço Social na saúde tem sua intervenção pautada no reconhecimento da saúde como resultante da condição de vida, em se tratar de uma profissão que atua diretamente com as desigualdades provocadas pela relação capital x trabalho. O assistente social atua com instrumentais que buscam a obtenção de dados sobre condições econômicas, políticas, sociais e culturais para identificação e análise dos fatores intervenientes no processo de saúde/doença.

O Serviço Social foi instituído enquanto profissão da Saúde após a criação do Sistema Único de Saúde, com o conceito ampliado de saúde na qual se leva em consideração os fatores condicionantes da saúde, passando a atuar frente às expressões da questão social:

Apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2015, p. 27).

No ambiente hospitalar o Serviço Social tem a oportunidade de trabalhar diretamente com os usuários e seus familiares, acolhendo e acompanhando os usuários e familiares desde a entrada até a evolução da alta/óbito, viabilizando o acesso aos direitos sociais que permitam mitigar as condições de fragilidades diversas das necessidades humanas do cotidiano como o processo de trabalho e suas contradições, famílias e seus conflitos, e relações sociais dimensionadas a partir das expressões da questão social.

Em relação as mulheres acompanhantes a atuação do Serviço Social, nas dimensões técnica operativa se materializam desde o acolhimento inicial, a realização do encaminhamento para as Casas de Hospedagens, bem como, participação do processo de interlocução entre ser/estar acompanhante-cuidadora atravessadas/os pelas expressões da questão social na vida cotidiana, cenário dessa pesquisa. Pôde-se perceber que as cuidadoras depositam no Serviço Social suas angústias, dificuldades e conflitos interpessoais, cabendo ao profissional, por meio das mediações teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que dispõem no meio de uma macrointervenção, buscando estratégias de enfrentamento das adversidades

que as vidas humanas estão submetidas, num momento sócio histórico de intensos processos de precarização das relações sociais e agravamento das crises oriundas das contradições do capital que provocam uma inflexão penosa na vida destes cidadãos.

Para uma atuação efetiva com o segmento populacional das mulheres, na condição de acompanhante de pacientes internados, é de suma importância que o Assistente Social se aproprie da categoria cotidiano e seus rebatimentos nas relações sociais partindo de uma percepção da totalidade para intervir em situações singulares. Considerando que tais mulheres acompanhantes estão momentaneamente vivenciando e tendo que se adequar a uma nova rotina de vida até o momento, por elas, desconhecida.

Desta maneira, estudar e pesquisar os fenômenos do cotidiano permite deslumbrar uma intervenção mediata para com essa população, em que o cotidiano acontece como:

A vida de todos os dias e de todos os homens em qualquer época histórica que possamos analisar. Não existe vida humana sem o cotidiano e a cotidianidade. O cotidiano está presente em todas as esferas de vida do indivíduo, seja no trabalho, na vida familiar, nas suas relações sociais, lazer. O cotidiano e a cotidianidade existem, penetram eternamente em todas as esferas da vida do homem. (NETTO; CARVALHO, 1996, p. 24).

Desta forma, este trabalho propôs a conhecer e compreender como se dá esta vivência na vida das mulheres acompanhantes e cuidadoras, de forma, que instrumentalize o trabalho do Assistente Social no âmbito hospitalar atendendo o paciente em estado crítico.

2. METODOLOGIA

O projeto de pesquisa teve como objeto de estudo as mulheres acompanhantes de uma Casa de Hospedagem. A investigação se deu por meio da entrevista de campo e análise por meio de pesquisa qualitativa, com o auxílio da revisão de literatura e levantamento documental.

A coleta de dados primários se deu em uma casa de hospedagem não governamental, na qual acolhe mulheres acompanhantes de pacientes

internados de distintas localidades regionais, na qual necessitam se locomover para a realização de tratamentos de saúde pelo “SUS fácil”, em que o Hospital de Clínicas oferta atendimento para 27 cidades vizinhas referenciadas.

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2017, a partir do estabelecimento da estratégia de contato prévio com o presidente da Casa de Hospedagem, bem como a autorização para a realização da pesquisa. Posteriormente, foi feito contato prévio com as acompanhantes dos pacientes internados que estavam hospedadas na Casa de Hospedagem, que, após, explicação da pesquisa, aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A proposta de investigação teve aceite positivo do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/UFU) CAAE nº 68633017.3.0000.5152.

A coleta de dados primários se deu por meio de entrevista semiestruturada com o auxílio de um roteiro de perguntas, tendo as respostas gravadas por meio de gravador de voz. A amostra se deu de forma probabilística intencional, com mulheres acompanhantes de pacientes em internação prolongada, há mais de 30 dias. Esse critério de tempo foi adotado como suficiente para vivenciar a realidade, baseado na relação delas com a necessidade de acompanhamento dos pacientes. Dessa forma, a partir desse período, observou-se ocorrerem modificações cotidianas nas vidas das cuidadoras, em âmbito das relações sociais, familiares e emprego, bem como da vivência/ deslocamento para outra cidade. O universo de investigação foram 16 mulheres, destas, a amostra de participantes que se encaixavam nos critérios de inclusão foi composta de 06 pesquisadas.

3. RESULTADOS

Considerando o perfil básico dessa população, constatou-se que o grau de parentesco com o paciente varia entre, mães, irmãs, filhas e sogra. Com relação aos pacientes acompanhados, dois são solteiros e quatro casados, porém não obteve acompanhamento de maridos participantes na pesquisa.

No que diz respeito a vínculo empregatício das acompanhantes, nenhuma estava inserida no mercado de trabalho formal, e a fonte de renda, que elas

disseram foi: do lar e aposentada e/ou na atividade laboral, a realização de trabalhos informais, “bicos”.

Dentre as seis mulheres acompanhantes, somente uma reveza o acompanhamento do paciente internado com a mãe, enquanto as outras cinco estão há mais de um mês sendo acompanhantes exclusivas na enfermaria de internação.

As acompanhantes foram questionadas quanto à situação vivenciada de ser acompanhante de um ente adoecido. Em sua maioria, quanto as facilidades encontradas fora do domicílio foi apontada a Casa de Hospedagem na qual se apoiam estas mulheres por elas não terem custos de hospedagem. No que diz respeito às dificuldades enfrentadas, foram apontadas os problemas de mudança de rotina e as questões familiares que deixaram na cidade de origem, além de ter que se preocupar com o ente adoecido internado por mais tempo.

“Às vezes é complicado porque eu tenho dois meninos pequenos, mas com a casa de apoio ficou muito mais fácil, porque eles ajudam a gente lá”. (Entrevistada 06)

“Tenho é muita preocupação com a minha casa, mas também não tem jeito de não preocupar. Quando tenho problema lá, minha nora passa para mim pelo WhatsApp”. (Entrevistada 02)

Sobre a vida particular afirmaram que para conciliar a vida particular e o cuidar de um ente hospitalizado, todas relataram haver dificuldades, pois tem de abrir mão dos seus interesses pessoais para pensar no do familiar, deixando escola, trabalho, filhos e compromissos na cidade de origem. Para conseguir administrar razoavelmente essa dificuldade, em sua maioria, as participantes da pesquisa o fazem no final de semana, quando retornam para resolver suas pendências, mas que na segunda-feira voltam para o hospital, negociando com a equipe de enfermagem sobre sua ausência do acompanhamento nesse período.

“Agora eu já aceito mais, mas das primeiras vezes que eu vim, eu passei por muita coisa, eu tive que largar escola e o trabalho, largar tudo para vim pra cá”. (Entrevistada 03)

“Tudo sou eu quem resolvo, eu vou no final de semana e resolvo tudo lá, e dia de semana eu nem atendo telefone para não tumultuar a cabeça”. (Entrevistada 04)

“Eu tenho que ficar correndo para lá e para cá, faço algo e volto, é puxado, mas vale a pena”. (Entrevistada 06)

Quando questionadas se possuem algum vínculo empregatício, as mesmas afirmaram não possuir atualmente relação com o mercado de trabalho formal, sendo aposentadas, do lar ou realizando trabalhos informais “bicos” em decorrência da dedicação ao cuidado com o ente adoecido.

“Sou diarista. Quando eu estou aqui, eu durmo com alguém no hospital que precisa idoso ou alguém que a família não pode ficar, mas eu estando aqui é só isso mesmo. Quando eu volto para minha cidade, eu trabalho de diarista, todos os dias que eu vou eu tenho faxina já arrumo aqui mesmo, igual essa semana eu vou embora e tenho faxina no sábado e na segunda”. (Entrevistada 03)

“Eu tenho uma fazenda que cuido junto com meu marido. Lá trabalha só nos dois, mora só nos dois, e quando eu não estou, o serviço dobra para ele, tem que fazer sozinho e quando eu estou os dois fazem e vai bem assim mesmo”. (Entrevistada 01)

Nas falas aparece a dificuldade de ter um trabalho formal com vínculos empregatícios por estarem/serem acompanhantes, o que contribui para realizarem trabalhos precarizados para compor a renda familiar, o que faz com que além da precarização, não estejam incluídas na previdência social e não tenham a garantia de renda ao adoecer e na velhice, este um fator que contribui para aumentar a vulnerabilidade dessas famílias.

O desemprego de longa duração, a precarização das relações de trabalho, a ampliação de oferta de empregos intermitentes, em tempo parcial, temporários, instáveis e não associados a direitos, limitam o acesso aos direitos derivados de empregos estáveis (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 133).

Ao analisar as falas quanto à questão de gênero, perguntou-se para as pesquisadas se há algum homem, da família, que participa no revezamento dos cuidados para com o ente adoecido, seja no hospital ou na cidade de origem. As respostas delas em sua totalidade afirmam que são as mulheres da família que desempenham o papel de cuidar, seja no adoecimento ou no cotidiano das famílias. Os homens permanecem na função de provedor do lar e em alguns casos assumem a responsabilidade para resolver questões administrativas demandadas pelo processo de internação, porém não assumem o ato de ser/estar acompanhante, percebe-se com veemência o fortalecimento da dimensão pública para o homem e da dimensão do privado para a mulher.

“O marido dela (paciente) também tem terra e faz as mesmas coisas que a gente faz, cada um cuida do seu, um ajuda o outro quando é preciso”. (Entrevistada 01)

“Quando dá para o esposo da paciente vir, ele vem. Só que fica mais difícil, na hora da necessidade é procurar eu mesmo porque os meninos estão em Irai de Minas e não pode vir de uma hora para outra”. (Entrevistada 02)

“Não ajuda a gente, nem para entrar na justiça por um medicamento, eles não quiseram ir. Agora a minha tia, ela ajuda a gente bastante, tudo que ela pode ela ajuda, só que minha tia também é doente e ficar aqui ela não pode”. (Entrevistada 03)

“Só eu mesmo quem estou acompanhando, agora os meus outros filhos que estão lá, a minha cunhada quem cuida deles”. (Entrevistada 04)

“Aqui sou só eu e quando eu chegar lá sou eu quem vou ter que resolver tudo, está tudo me esperando, ele (marido) não está passando fome porque os vizinhos estão ajudando”. (Entrevistada 05)

“É só eu e minha mãe, eles dão assistência de longe”. (Entrevistada 06)

Embora haja maior discussão na contemporaneidade sobre a ideologia de gênero abordando os papéis socialmente atribuídos a homens e mulheres na sociedade, percebe-se que ainda prevalece a configuração em que a mulher ocupa o lugar familiar como cuidadora e responsável pelo bem-estar da família (privado), enquanto o homem não arca com as mesmas responsabilidades e pressões sociais que a mulher vivencia. Fica evidente nas falas, o tom queixoso em relação a solidão no cuidado. Percebeu-se também a pressão sobre elas quando ocorre algum insucesso de membros na família em que elas são responsabilizadas no conjunto da vida social pela família e pela sociedade:

O ideal que tornará a mulher responsável pela casa, pela perenidade do casamento, pela procriação e por tudo mais que diz respeito à família e aos filhos constitui-se numa verdadeira ‘armadilha histórica’. Pois a mulher/mãe, assim responsabilizada, assume toda a carga simbólica da (in)felicidade dos membros da família, da educação e do sucesso dos filhos e do marido. (GUTIERREZ; MINAYO, 2009, p. 710).

É notório nas falas das pesquisadas o quanto estão sobrecarregadas por serem acompanhantes de um ente adoecido e em sua maioria não ter outro membro familiar para auxiliar nos cuidados, que compromete sua rotina e causa severas alterações cotidianas:

O convívio com a doença, física ou psiquiátrica, é muito difícil e desgastante para o grupo familiar, o que se agrava quando esta tende a ser de duração prolongada, apresenta recidivas de manifestações

agudas e, principalmente, é vivida como incapacitante e estigmatizadora, que gera sobrecarga de ordem física, emocional e econômica, alterando toda a dinâmica familiar e comprometendo saúde, vida social, relação entre membros, lazer, disponibilidade financeira, rotina doméstica, desempenho profissional, e inúmeros outros aspectos do viver. (CAVALHERI, 2009, p.54).

As participantes da pesquisa foram indagadas sobre o atendimento e acompanhamento do Serviço Social durante o período de internação do ente adoecido. As entrevistadas em sua grande maioria afirmaram que o Serviço Social atua no plantão, quando o usuário procura o serviço, é atendido e tem sua demanda resolvida, não gerando a visita regular ao leito para o acompanhamento. Normalmente, percebe-se na rotina do hospital pesquisado, que o atendimento acontece ocasionado por uma demanda do paciente ou da equipe multiprofissional, quando em termos de qualificar esse atendimento, ele deveria ser antecipadamente, identificado pelo Assistente Social. Essa percepção de demandas implícitas por parte do Assistente Social qualifica o atendimento ao usuário, conforme defende (VASCONCELOS, 2006).

As pesquisadas apontaram como atuação do Serviço Social o atendimento às questões administrativas, realizadas pelas secretárias do Serviço Social, na qual não são atribuições e nem competências da profissão, a exemplo o pedido de transportes, o que acaba ocasionando que a percepção do Serviço Social pelos usuários não seja clara quanto a sua atuação e seus objetivos.

“Hoje eu vi a Assistente Social, mas quem tem ido lá solicitar é a outra filha e o atendimento é feito na hora, funciona muito bem isso daí. A minha filha procurou a assistente social para arrumar a ambulância para ela vir e voltar. A gente só não é atendida se a gente não procurar”. (Entrevistada 01)

“Eu não conhecia o Serviço Social, mas eu procurei informação e a enfermeira me falou e chamou o Assistente Social e fizeram o encaminhamento para eu vir pra cá”. (Entrevistada 02)

“Quando eu venho da minha cidade e vou, porque a gente não pode ficar vindo e indo por conta dos transportes, mas sempre arrumaram um transporte para mim, sempre davam um jeito”. (Entrevistada 03)

“Eu liguei para ela e pedi para arrumar a van para eu ir embora, ela já arrumou tudo, ela preocupa muito e é muito atenciosa”. (Entrevistada 04)

“Eu só a conheci para fazer a liberação para ficar na Casa de Apoio”. (Entrevistada 06)

No que tange a visão das acompanhantes quanto à atuação do Serviço Social é necessário compreender o histórico da profissão, na qual é papel definido no projeto ético-político romper com a “identidade atribuída” e ampliar o conhecimento a respeito do fazer profissional para com os usuários. Percebe-se ao longo da experiência adquirida na residência a importância do acolhimento profissional qualificado e isso implica em identificação prévia das demandas implícitas/explicitas (Ibdem, 2006), o que só é possível numa perspectiva de intervenção mediata, objetivando transferir uma segurança de cuidado ao paciente, tendo seus direitos sociais garantidos. Reitera-se que antecipar-se à necessidade do paciente, qualifica o atendimento na forma do acolhimento e de maior resolubilidade das demandas.

No plantão, independente da unidade, o usuário é recebido, ouvido (procura-se esclarecer os motivos da procura ou do encaminhamento), e encaminhado para recursos externos e/ou internos tendo como parâmetros o bom andamento da rotina institucional, os recursos disponíveis e as demandas explícitas por orientações e inserção na rotina do serviço. (MOTA, 2006, p. 247)

Nota-se uma distorção na percepção das participantes em relação as atribuições profissionais dos Assistentes Sociais, isto pode ser atribuído a ausência de protocolos definidos no serviço que elucidem com maior clareza os passos de um processo de atendimento escorados na experiência sócio-histórica, na metodologia atualizada pelo conhecimento gerado na produção científica do Serviço Social, conforme (NETTO, 2010), que vem crescendo desde os anos de 1980.

Ainda no que diz respeito a percepção do trabalho profissional do Serviço Social pelos cidadãos, se faz de extrema relevância que os profissionais utilizando aportes teóricos e metodológicos demonstrem suas reais intenções, para que se possa romper com a perspectiva de ajuda apontada pelas participantes, reforçando a característica dos direitos sociais, para que assim, se fortaleça cada vez mais as políticas sociais e a função educativa no sentido de atuar de modo a esclarecer a população e se tornar mais reconhecido na

manifestação do trabalho profissional que se propõem fazer à luz do Projeto Ético Político.

Faz-se necessário apontar também o reconhecimento do Serviço Social pelas participantes da pesquisa, como o profissional pronto a acolher e trazer uma resolutividade e orientação acerca da demanda apresentada. Sendo o profissional na qual, as cuidadoras conseguem manter uma relação de confiabilidade no enfrentamento das adversidades de ser acompanhante.

4. CONCLUSÃO

Com base nos dados das entrevistas e análises, pôde-se constatar a importância da presença de uma instituição local, na rede, para que as mulheres acompanhantes pudessem ter apoio para realizarem suas necessidades pessoais (banho, alimentação e dormir), considerando que o Hospital de Clínicas não dispõe de serviço de hotelaria para atender esse tipo de necessidade, sendo um aspecto facilitador para que permaneçam na condição de acompanhantes.

A casa de hospedagem cumpre esta função para as mulheres, porém se faz necessário que se amplie, também, o atendimento para a população masculina como já é o caso de Casas de Hospedagem de cidades específicas (Abadia dos Dourados, Estrela do Sul, Monte Carmelo), além das Casas de hospedagem específicas para determinada clínica (Instituto Mãos Dadas UTI-Pediátrica e Enfermaria de Pediatria e Casa São Francisco de Assis Oncologia), na qual poderia ser um fator potencializador para que os homens também se responsabilizassem pelos cuidados de um ente adoecido, revelando a necessidade de uma discussão acerca de gênero para além do campo social, mas também político em se tratando de investimentos para a criação de Casas de Hospedagem masculinas, que quebram a tradição conservadora e sexista permitindo haver mais igualdade na responsabilização pelos familiares sem sobrecarregar apenas as mulheres.

Com base na experiência adquirida na residência, observou-se no período de atuação na UTI pediátrica, que entre as casas que integram a rede assistencial e que aceitam a figura masculina, na grande maioria delas, os

encaminhamentos realizados pelo Serviço Social continuam sendo para mulheres acompanhantes.

Pôde-se constatar um avanço no que tange a discussões sobre os papéis de homens e mulheres, porém, no âmbito da pesquisa de campo, percebe-se no discurso das participantes fortes traços de uma sociedade sexista em que possuem papéis estipulados para homens e mulheres. Na qual, as mulheres ainda assumem consideravelmente o papel de cuidadora nas famílias, aumentando este número ainda mais quando se trata de um ente adoecido.

Há um reiterado discurso de que os homens tenham que trabalhar e ser o provedor. Em relação a mulher, esta tem que abrir mão da vida pública (emprego, estudo e lazer) para ser cuidadora, já o homem é necessário que permaneça com o seu cotidiano prevalente na dimensão do público. Resta saber se a condição de provedor ainda, se mantém ou se é uma tradição em mudança socialmente na estrutura familiar, pois, a mulher tem ocupado mais o espaço de provedora, assumindo assim, dupla e às vezes tripla carga horária de trabalho. A pesquisa não teve como investigar essa real posição masculina, mas fica a possibilidade dessa condição ser pesquisada em futuros trabalhos nesse recorte das famílias como cuidadoras.

Por outro lado, essa diferenciação entre a atuação do casal no âmbito público para homens e mulheres é (re)afirmado quando se constata que realizando a mesma atividade laboral segundo dados do (IBGE, 2015), homens ganham 23,6% a mais do que as mulheres, contribuindo para o fortalecimento de que mulheres retomem as atribuições no âmbito privado da família quando se possui alguma adversidade que exige mudança das funções familiares. Percebe-se neste dado, um reforço à subalternidade da mulher, chancelado por uma cultura sexista.

Com isto, percebe-se a importância de democratizar mais o debate sobre discutindo gênero nos espaços sociais e na saúde como campo privilegiado para uma educação politizada diante das contradições conservadoras que são mantidas na realidade brasileira, alcançando níveis mais populares da sociedade, para que mais mulheres tenham acesso a outra visão de seu papel social e possam repensar a sua cotidianidade, de forma que se obtenha uma

maior democratização de direitos relacionados ao ser mulher. Tais discussões podem ocorrer no serviço de saúde com essa população, sendo oferecida pelos profissionais na atenção terciária em um atendimento individual e/ou multiprofissional, mais ainda na atenção básica com os trabalhos de educação em saúde. Para tal, se faz necessário a capacitação e educação permanente dos profissionais do setor de forma contínua e articulada com as demandas da população atendida, de modo, a estabelecer relações de intersectorialidade e multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica de serviço social; v. 2.).

BRASIL. Lei nº 8.662/1993. **Lei de Regulamentação da Profissão Assistente Social**. 10. ed. Brasília, 2012.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS**: Visita Aberta e o direito ao acompanhante. Brasília/DF, 2007.

BRASIL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **SUS Fácil Central de Regulação**. Belo Horizonte: 2005.

CAVALHERI, Silvana Chorrotti. Transformações do modelo assistencial de saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de enfermagem**, Campinas, v. 63, n.1, p.51-57, 2009.

CFESS. **Parâmetros Para Atuação De Assistentes Sociais Na Política De Saúde**. Conselho Federal de Serviço Social.1. ed. Brasília. 2004.

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. 10. ed. Brasília, 2012.

COREMU. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL. **Projeto Pedagógico**: Programa de Residência Multiprofissional ou em área profissional da saúde Atenção ao paciente em estado crítico. Uberlândia, 2012.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Papel da mulher de camadas populares de Manaus na Produção de cuidados de saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.4, p. 707-720, 2009.

- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- MERRILL, W. C.; FOX, K. A. **Estatística Econômica: uma introdução**. São Paulo: Atlas, 1977. 738 p.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro, 1993.
- MIOTO, Regina Célia Tamaso. A dimensão técnico-operativa do serviço social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v.8, n.1. p. 22-48, 2009.
- MOTTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social pós-64**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- NETTO, José Paulo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant. **Cotidiano: Conhecimento e Crítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Petrópolis: Vozes, 1976.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.