SERVIÇO SOCIAL: ACOMPANHAMENTO NO DIAGNÓSTICO INICIAL COM ÊNFASE NA AUTONOMIA E NA INFORMAÇÃO

Rosana Maria da Penha Giurizatto[1].

EEPEL – Vitória/ES. http://lattes.cnpq.br/5143593071390327

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Acompanhamento. Autonomia.

DOI: 10.47094/IVCOLUBRASC.2026/RE/35

INTRODUÇÃO

O impacto de um diagnóstico inicial de doenças progressivas ou hereditárias ocasiona, de maneira recorrente, profundas repercussões biopsicossociais nos sujeitos e em suas famílias. Compreender a saúde não apenas como ausência de doença, mas situada no processo social determinado pelas condições de vida e trabalho (Bravo, 2008), exige intervenções profissionais de suporte ao paciente após a prescrição médica. Pelo período de dois anos consecutivos, por intermédio de abordagens sistemáticas na sala de espera do atendimento médico ambulatorial em um hospital geral, realizou-se a inclusão de participantes voluntários que recebiam o diagnóstico inicial de enfermidades progressivas ou hereditárias. Nesse contexto, foram analisadas as respostas obtidas por meio das técnicas de atendimento individual — fundamentadas no Serviço Social de Casos (Hamilton, 1986) — e das técnicas utilizadas no trabalho com grupos no âmbito institucional, visando conhecer a realidade social dos usuários à luz do Serviço Social contemporâneo (Iamamoto, 2015).

OBJETIVO

O objetivo principal consiste em analisar a atividade de apoio do Serviço Social voltada aos pacientes em atendimento médico ambulatorial de diversas faixas etárias no momento do diagnóstico inicial. Pretende-se verificar as etapas desse processo através da coleta de dados primários e relatórios institucionais, identificando óbices estruturais e relacionais e os meios de superação. Por isso, há o interesse predominante na promoção da autonomia dos sujeitos, no fortalecimento da segurança em relação à terapêutica prescrita e na mitigação das dúvidas, assegurando o direito à informação transparente e acessível em consonância com os parâmetros profissionais da área da saúde (Conselho Federal de Serviço Social [CFESS], 2010).

METODOLOGIA

O estudo possui caráter qualitativo, articulando a intervenção profissional à prática institucional. Critérios de Inclusão e Delimitação do Corpus: O corpus da pesquisa compreendeu um universo de 21 pessoas atendidas consecutivamente que preencheram os seguintes critérios de inclusão: (a) portadoras de diagnóstico inicial recente de doenças progressivas ou hereditárias; (b) situadas na faixa etária entre 18 e 65 anos de idade; (c)

de ambos os sexos; e (d) com anuência e participação voluntária nas atividades grupais e individuais propostas pelo Serviço Social. Foram incluídos casos com comprometimento cognitivo severo, na condição de permanecerem acompanhados e representados por cuidadores legais. Por questões éticas e de preservação da imagem institucional e dos sujeitos, não houve autorização para a divulgação de dados relativos à identificação (CFESS, 1993).

Método de Análise e Procedimentos Analíticos: A análise dos dados empíricos pautou-se na técnica de análise documental minuciosa dos registros profissionais produzidos durante o biênio. O corpus documental submetido à análise hermenêutica e temática compreendeu: 21 relatórios de atendimento individual e visitas domiciliares, estruturados com base na entrevista de ajuda (Hamilton, 1986); 60 relatórios semanais de atividades grupais, totalizando os registros sistemáticos das sessões desenvolvidas. A interpretação dos dados fundamentou-se na percepção das expressões da questão social (Iamamoto, 2015), categorizando os registros a partir de eixos analíticos pré-definidos: (a) assimilação das informações sobre o diagnóstico; (b) manifestações de angústia e barreiras no acesso aos direitos sociais; e (c) adesão e engajamento no plano terapêutico interdisciplinar. A intervenção estruturou-se por meio de: Atendimentos individuais: realizados com os pacientes e seus familiares de convivência direta, documentados por meio de estudo de caso e relatórios de visita domiciliar, totalizando 21 relatórios analisados. Reuniões de grupo: Sessões semanais compostas por, no máximo, 10 participantes acometidos por patologias de uma mesma especialidade médica, totalizando 60 relatórios de grupo. Utilizou-se a técnica de dinâmica de grupo fundamentada por Vasconcelos (2003). Nestas reuniões, socializaram-se conhecimentos fundamentais para a compreensão do processo saúde-doença de maneira facilitada e acessível, adaptando os conteúdos ao nível de escolaridade, aos aspectos culturais e à faixa etária de cada participante (Mioto & Nogueira, 2013). Garantiu-se o rigoroso sigilo ético (CFESS, 1993) e evitou-se a exposição de particularidades intimistas, visto que os grupos não têm caráter psicoterápico estrito, mas sim caráter socioeducativo e de suporte mútuo (Vasconcelos, 2003).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise detalhada dos 81 relatórios institucionais (21 individuais e 60 grupais) permitiu destacar transformações significativas na postura dos usuários frente ao tratamento. Evidências Documentadas e Indicadores de Mudança: Nos relatórios de grupo, observou-se como indicador de engajamento a diminuição expressiva nas taxas de faltas aos retornos médicos subsequentes e o aumento na formulação de perguntas qualificadas aos profissionais de saúde durante as consultas. Os registros individuais revelaram que o uso da entrevista de ajuda (Hamilton, 1986) permitiu ao assistente social decodificar o repertório cultural do usuário, traduzindo termos médicos complexos em orientações acessíveis, o que reduziu os índices de abandono precoce do tratamento relatados nas primeiras semanas pós-diagnóstico. Autonomia e Determinação Social da Saúde: A autonomia não se restringe

à vontade individual, mas está visceralmente conectada às condições materiais de existência e ao acesso à informação qualificada (Barroco, 2010; Martinelli, 2011). Constatou-se nos relatórios que o sofrimento psíquico decorrente do diagnóstico muitas vezes se originava na desinformação e na vulnerabilidade social pré-existente. As atividades realizadas em grupo através da mediação da assistente social oferecem um suporte social, diminuindo o isolamento e fortalecendo a autonomia da vontade e protagonismo no contrato do sujeito perante a rede de serviços (Vasconcelos, 2003). Trabalho Interdisciplinar e Direitos: A articulação com a equipe multidisciplinar — composta por médicos, enfermagem e Serviço Social — tornou-se essencial. Conforme pontuam os relatórios, quando o assistente social atua de forma integrada com a equipe, há uma captação mais célere das demandas ocultas (como barreiras socioeconômicas para aquisição de remédios ou dificuldades de transporte). Porém, observou-se nos registros institucionais que a equipe multidisciplinar muitas vezes reproduz uma visão fragmentada do cuidado, exigindo do Serviço Social um esforço contínuo de articulação para inserir os condicionantes sociais da saúde no centro do projeto terapêutico singular, superando o reducionismo estritamente biomédico (Bravo, 2008; CFESS, 2010; Simionato, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fundamentação na análise minuciosa dos relatórios e no escopo teórico adotado, resultou na conclusão de que a inserção sistemática do Serviço Social logo após o diagnóstico inicial cumpre um papel estratégico na redução de dúvidas e no fortalecimento da autonomia dos sujeitos. A mediação articulada entre atendimento individual e trabalho em grupo favorece a ressignificação do adoecimento, orientando o usuário no enfrentamento das barreiras institucionais e cotidianas. Os registros documentais indicam que o suporte socioeducativo e informativo contribui de maneira relevante para a criação de condições favoráveis à continuidade do tratamento prescrito, promovendo a responsabilidade compartilhada no espaço da saúde pública e reafirmando o compromisso ético-político da profissão com a defesa dos direitos sociais (Barroco, 2010; Iamamoto, 2015).

REFERÊNCIAS

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Ética: fundamentos sócio-históricos. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 4).

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). Saúde e Serviço Social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 11-30.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de Ética do/a Assistente Social. Resolução CFESS nº 273/93, de 13 de março de 1993. Brasília, DF: CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para a Atuação de Assistentes Social na Política de Saúde. Brasília, DF: CFESS, 2010. (Série Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais).

HAMILTOM, Gordon. Teoria e prática do serviço social de casos. Tradução de Marilia Diniz Carneiro. 6. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1986.
IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 27. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: identidade e alienação. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. O Serviço Social na área da saúde. In: CAPITÃO, Claudio Garcia; EL SENOUSSI, Laila W. (org.). Psicologia e Serviço Social na Saúde. São Paulo: Cortez, 2013. p. 45-68.
ROTMAN, Flávio. Viver sem obesidade. Belo Horizonte: Editora Leitura, 2007.
ROTMAN, Flávio. Cocaína, Comida, Sexo: Salvar Alcoólicos. Rio de Janeiro: Editora Record, 1986.
SIMIONATTO, Ivete. A relação dialética entre teoria e prática no Serviço Social. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 23-31, jan./jun. 2011.
VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O poder que vem do trabalho com grupos: reflexões sobre o trabalho social com grupos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
YAZBEK, Maria Carmelita. O Serviço Social e os processos de trabalho na saúde. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 104, p. 653-678, out./dez. 2010.