

Contribuição do Serviço Social na Readaptação de Inválidos

GASTÃO DIAS VELLOSO

e
BALBINA OTTONI VIEIRA

Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Brasileiro de Higiene e Segurança do Trabalho

INTRODUÇÃO

Diz o Dr. Howard A. Rusk, Chairman do Departamento de Reabilitação e Fisioterapia do Colégio de Medicina de New York, que "a responsabilidade do médico para com seu paciente não é encerrada quando passou a doença ou terminou a operação; encerra-se quando o paciente está pronto a recomeçar sua vida e suas atividades de uma maneira tão normal quanto lhe permite seu estado de saúde". Esta concepção humana e social da convalescença e da cura é a que o corpo clínico do Hospital dos Servidores do Estado tende a adotar em seu trabalho e nela se baseia a colaboração entre os serviços clínicos e o Serviço Social.

O servidor do Estado é um trabalhador como qualquer outro. Como os trabalhadores da indústria e do comércio, tem um empregador e recebe um salário para seu sustento e o de sua família. Tôdas as razões invocadas para a readaptação de trabalhadores enfermos são portanto válidas para a readaptação do servidor do Estado. A estas razões podemos acrescentar mais uma: o trabalho do servidor beneficia a Nação e sua remuneração sai dos cofres públicos, alimentados pelos impostos pagos por todos. Destarte, a Nação inteira deve ter interesse na readaptação dos servidores do Estado, encarando com simpatia a tentativa audaciosa, mas honesta que hoje se faz no H.S.E.

Entre os doentes internados num hospital, um certo número tem alta em condição rotulada como inalterada ou melhorada. Nenhum desses pacientes acha-se completamente curado e em condições de voltar imediatamente às atividades desempenhadas antes da internação. Se os considerarmos sob um aspecto puramente clínico, bastaria dizer que é de se esperar que muitos já se acham completamente curados, outros faleceram, outros abandonaram o tratamento e um certo número continua a freqüentar os ambulatórios, a fim de chegar à cura completa, quando esta é possível dentro dos atuais recursos da medicina.

Em dois anos de trabalho, os médicos encaminharam ao Serviço Social do H.S.E. 63 doen-

tes cujo estado de saúde indicava a conveniência de uma mudança de atividade. O Serviço Social levou êstes casos ao conhecimento dos Serviços de Assistência Social dos respectivos Ministérios ou repartições que, ouvindo o H.S.E. em caráter puramente informativo, procuraram dar ao caso a melhor solução possível.

Infelizmente a readaptação do funcionário público ainda não encontra apoio suficiente na legislação em vigor, pois o Estatuto do Funcionário Público dedica-lhe apenas três artigos, os de números 68, 69 e 70. A doutrina ali exposta não foi todavia regulamentada, apesar de já ter sido nomeada uma comissão para êste fim.

As dificuldades para chegarmos a soluções satisfatórias em cada caso são portanto demasiado grandes. Nem por isso, porém, deixamos de lado tão importante questão e resolvemos nos abalancar a apresentar ao 1.º Congresso Brasileiro de Higiene e Segurança do Trabalho nossos problemas, nossas dificuldades e uma descrição sucinta da técnica de trabalho do Serviço Social na Clínica Ortopédica e Traumatológica do H.S.E. Precisamente neste serviço clínico os problemas de reajustamento são particularmente freqüentes e por razões óbvias: as afecções do aparelho locomotor deixam freqüentemente seqüelas que limitam sem suprimir a capacidade para o trabalho. E' evidente, entretanto, que ao hospital não cabe senão uma pequena parte da assistência que a comunidade deve ao inválido. Teremos de nos limitar, portanto, a discutir apenas o papel que cabe à nossa instituição, bem assim como o trabalho feito pelo médico em colaboração com o Serviço Social, preparando o caminho para a atuação de outros especialistas necessários à solução do caso. Releva notar, porém, que muitas das técnicas de trabalho que vimos tentando em conjunto — médicos e assistentes sociais na Clínica de Ortopedia, — são perfeitamente aplicáveis a quaisquer outras clínicas, ressalvadas as diferenças entre as doenças, suas conseqüências no organismo do paciente ou na vida social.

Antes de entrar na discussão do tema, para maior clareza da exposição, desejamos mostrar a diferença existente entre as Seções de Assistência Social dos Ministérios e o Serviço Social de um hospital, no caso o Serviço Social do H.S.E.

As seções de Assistência Social são órgãos periciais destinados a controlar as faltas de servi-

dores por razões de saúde e a conceder as devidas licenças para tratamento. Não lhes caberia em tese a assistência médica propriamente dita ao servidor do Estado, embora algumas o façam. Também não compete a estes serviços opinar sobre a conveniência ou não da aposentadoria, cabendo esta função ao Serviço de Biometria Médica. A readaptação do servidor inválido não foi atribuída, nem às Seções de Assistência Social, nem ao Serviço de Biometria Médica, e muito menos ainda ao Serviço Social do H. S. E.

O Serviço Social do H. S. E., como qualquer Serviço Social de um hospital, é um auxiliar do médico para estudo das condições sociais do paciente e tratamento dos problemas sociais ligados à doença. Contribui com dados sociais para o diagnóstico e tratamento médico, assegura a regularidade no tratamento, a observação das ordens médicas, procurando, como o médico, o restabelecimento da saúde e o ajustamento do paciente a uma vida compatível com suas forças. Completa assim um tratamento medicamentoso, cirúrgico, fisioterápico, irradiante, psicoterápico, etc. Cuida do aspecto humano e social de cada caso, permitindo que haja real aproveitamento da terapêutica empregada.

Colaborando com a Clínica Ortopédica, assiste ao paciente naquilo que toca ao hospital no reajustamento dos que se apresentam com uma invalidez temporária ou definitiva. Esta atitude é a resultante da convicção de que, ao lado dos problemas puramente técnicos ou mecânicos, é preciso encarar o paciente como um todo psico-somático e como um membro da família e da comunidade.

READAPTAÇÃO, FINALIDADES E PROCESSOS

O relatório da Comissão Baruch sobre Fisioterapia e Reabilitação definiu a readaptação como "o processo pelo qual se alcança o ajustamento do indivíduo preparando-o física, mental, social e vocacionalmente para uma vida compatível com suas aptidões e deficiências".

Não desejamos entrar aqui nos pormenores dos processos da readaptação. Lembremos inicialmente que a readaptação dos inválidos se compõe de três fases bastante entrelaçadas entre si:

1.º uma fase clínica, para tratamento da doença em causa e que vai até o momento em que o paciente já não precisa de tratamento médico, mas apenas de um controle periódico;

2.º uma fase de treinamento para a adaptação à vida cotidiana e eventualmente a uma nova vida profissional.

3.º uma fase de seguimento (follow-up) por vezes longa, durante a qual o trabalhador é observado numa profissão ou função compatível com suas aptidões e o treinamento recebido.

E' bem verdade que estas três fases frequentemente não podem ser dissociadas no tempo. A fase de treinamento, por exemplo, pode e deve muitas vezes ser iniciada antes de terminado o período do tratamento médico. Por outro lado, o

treinamento pode ser feito já com o exercício de nova atividade, "on the job". Esta verdadeira supressão da fase de treinamento, que apresenta algumas vantagens mas também inúmeros percalços, é infelizmente a única usada em nosso meio, dadas as deficiências já bastante conhecidas. Resta-nos apenas obter um reajustamento às antigas tarefas ou procurar e facilitar o exercício de novas atividades. Para tanto é indispensável o concurso da Assistente Social com boa compreensão de seu papel. A ela cabe, como também ao médico, tomar em consideração o paciente como pessoa humana com seus direitos, deveres e responsabilidades, suas reações pessoais e sua educação individual, familiar, social e profissional. São suas atribuições:

— estudar o paciente e sua família, sob os aspectos econômicos, educacionais, emocionais, etc.

— conhecer seus gostos e aptidões;

— observar suas reações nas diversas etapas da readaptação;

— auxiliá-lo a vencer os obstáculos que se apresentarem;

— mobilizar os recursos da comunidade que possam auxiliar na solução dos problemas encontrados.

E' nossa convicção entretanto de que readaptação de inválidos não é tarefa a ser feita por uma só entidade, tornando-se necessário criar órgãos e serviços para tal. Ora, "readaptação", nas palavras do Dr. Howard A. Rusk, "é muito mais um aproveitamento de aptidões de que criação de recursos". Não basta portanto que os serviços sejam bem montados se não considerarmos em primeiro lugar o "homem" como ele se nos apresenta com suas deficiências físicas, suas experiências passadas, sua concepção atual da vida, seus planos futuros. E' aí justamente que a Assistente Social desempenha um papel extremamente importante, ainda que, de certa maneira, um pouco limitado.

Procuraremos explicar melhor as diferenças entre um sistema ideal e aquilo de que dispomos. Para um trabalho tão perfeito quanto possível, seria de desejar:

— para a fase clínica, o hospital;

— para a fase de treinamento e de controle clínico depois da alta do hospital, o centro de treinamento, chamado "Centro ou Serviço de Readaptação";

— para a fase de seguimento, colaboração entre o Centro e os serviços médico e social da empresa ou da repartição.

As três fases do processo são tôdas de importância capital. No H. S. E. limitamo-nos a uma experiência dispondo de elementos apenas para a primeira fase, e veremos mais adiante como se acham frustrados muitos de nossos esforços por falta de melhores elementos para a continuidade nas outras fases do processo. Por outro lado, o

êxito do treinamento do inválido e seu seguimento, uma vez colocado, depende em grande parte do estudo prévio do paciente, feito durante a fase clínica, a fim de colhêr a atividade que melhor lhe convém, e prepará-lo psicologicamente para uma nova vida e novas atividades. Felizmente êste preparo psicológico, nós o iniciamos desde logo, enquanto é feita a reconstrução física do organismo, o aproveitamento do que resta ao paciente para compensar o que lhe é tirado, a recuperação de membros e órgãos afetados, etc.

PROBLEMAS DE READAPTAÇÃO NAS AFECÇÕES DO APARELHO LOCOMOTOR

As afecções do aparelho motor-esquelético não afetam obviamente as funções vitais. O paciente permanece em geral, durante a evolução da doença ou depois dela, com sua economia interna razoavelmente balanceada. Suas relações com o meio ficam entretanto seriamente prejudicadas, em caráter temporário ou definitivo. Embora não haja um verdadeiro comprometimento psíquico (psicopatia) o paciente fica também desajustado consigo mesmo, por um reflexo antecipado da influência do ambiente. Sente-se diminuído, procura esconder em geral seu sentimento de inferioridade, podem aparecer alterações da personalidade mais ou menos graves, de acordo com seu temperamento ou suas tendências neuróticas, com suas experiências prévias ou ainda com as reações do meio.

Se o problema psicológico ou emocional se apresenta, em geral cedo, quando o paciente se torna conhecedor do diagnóstico e do plano de tratamento, surge ao lado o problema econômico motivado pelo custo da hospitalização (que, quando não onera o paciente é pago pela comunidade) a longa permanência no hospital ou a imobilização na sua residência, as licenças prolongadas, tirando-lhe, no serviço público, por exemplo, um terço dos vencimentos, e por vezes a incapacidade definitiva para o trabalho, trazendo-lhe a aposentadoria, que, fora do serviço público é, em geral, irrisória.

Por ocasião da alta, encontramos o problema do reajustamento vocacional numa atividade compatível com as limitações impostas, problema êsse que dará maior destaque aos problemas psicológicos e emocionais apontados acima.

Por fim vemos ainda todo o cortejo das dificuldades familiares: falta de conforto, incompreensão, rejeição ou "over-protection", etc. Certas afecções favorecem a eclosão de determinados tipos de problemas, tornando-os mais freqüentes ou mais graves.

Procuraremos fazer uma análise sucinta da incidência dêstes desajustamentos em alguns grupos de afecções.

1.º Fraturas

Como é fácil de imaginar, será muito difícil considerar em conjunto as conseqüências de um grupo de afecções tão diversas entre si. No geral,

entretanto, pode-se dizer que há um elemento constante — o paciente é levado de súbito a uma invalidez temporária ou permanente. Os problemas emocionais surgem imediatamente. A forma mais banal e quase sempre facilmente debelada é a falta de confiança nos médicos, que os fraturados apresentam no início do tratamento. Para isso concorre o fato de que o facultativo foi, por vezes, escolhido por terceiros ou impôsto pelas circunstâncias. Um pouco de habilidade fará com que o paciente sinta que há realmente um esforço honesto no sentido de recuperá-lo. Na segunda fase, quando o tratamento se prolonga por um prazo de consolidação que é inevitável mas parece infinito para o paciente, surgem novamente problemas decorrentes da necessidade de fazer transportá-lo para um domicílio, nem sempre em condições satisfatórias, a tendência para reassumir demasiado cedo certos tipos de trabalho, etc.

Se o terreno é favorável, depois de tôdas essas lutas não é difícil que haja uma fixação em torno de uma eventual seqüela com aparecimento da chamada "neurose de acidente" em suas múltiplas formas, ou ocorre uma "neurose de indenização", para a qual podem contribuir alguns dos fatores já mencionados.

2.º Tuberculose ósteo-articular

A duração do tratamento em geral se cifra em anos. O problema econômico é gravíssimo. A internação em hospital — onerando o paciente ou a comunidade — o longo período de incapacidade para o trabalho, suprimindo ou limitando os rendimentos, são os principais problemas em jogo nos pacientes adultos. Aparecem com freqüência menor os problemas familiares — quase sempre rejeição pelo temor de contágio, na maior parte das vezes injustificado. Após um, dois ou mais anos de tratamento não é raro que o enfermo abandone o especialista ou a instituição à procura de um tratamento mais rápido ou mais eficaz, provavelmente inexistente. Infelizmente êste tipo de problema é quase uma constante nos doentes com afecções do aparelho locomotor em nosso meio. É fácil calcular as dificuldades e os riscos que as vítimas destas doenças criam para si mesmas.

3.º Paralisias

Os desajustamentos de ordem profissional são aqui a regra. Não se limitam aos paralíticos com graves comprometimentos de todo um membro; ocorrem por vezes em pacientes com simples perda de mobilidade ativa em uma articulação. Como conseqüência, aparecem dificuldades financeiras. Estas surgem também em face de um tratamento demorado e dispendioso ou pela necessidade de aquisição de um aparelho de suporte. No campo psicológico são clássicas: a irritabilidade, a insegurança, a instabilidade emocional.

4.º Osteomielites crônicas

O caráter recidivante destas afecções cria principalmente desajustamentos econômicos, além de um sentimento de insegurança facilmente com-

preensível. Também não são raros os riscos de desadaptação ao trabalho.

5.º *Reumatismos crônicos*

Nas artrites de tipo reumatóide há uma verdadeira avalanche de problemas; o caráter cíclico de doença; a tendência à recuperação lenta e deixando, por vezes, seqüelas graves; as dores; o custo; a duração do tratamento; a evidência ocasional da inutilidade dos esforços do médico mal orientado — são bases mais do que suficientes para problemas emocionais, econômicos, profissionais e familiares cuja freqüência aparece nesta ordem.

Nas artrites do tipo hipertrófico ou degenerativa, a situação é felizmente melhor. Na primeira fase enquanto o paciente ainda não aprendeu a “poupar suas articulações” os desajustamentos de todo tipo podem aparecer. Na segunda fase, se não surgem dores incontroláveis, há uma acomodação em geral razoável, com tranqüilidade relativa.

6.º *Deformidades congênitas*

Os problemas psicológicos são bastante raros: o paciente já teve tempo de se adaptar à deformidade. A eventualidade mais comum é a do paciente que deseja ver corrigida sua má formação, mas não pode suportar o ônus de um período de imobilidade mais ou menos longo.

7.º *Deformidades estáticas*

Nos casos em que não existe o sintoma dor, o problema se superpõe ao discutido há pouco, com a circunstância de que são deformidades menos graves, atenuando-se as dificuldades eventuais. Já nos indivíduos de recursos econômicos limitados, um simples pé chato doloroso ou um joanete em fase de indicação cirúrgica podem constituir um handicap sério, se não pode interromper suas atividades ou adquirir o aparelho de suporte que seria indicado.

8.º *Lombalgias*

Nestas afecções as dificuldades de reajustamento vocacional são muitas vezes insuperáveis. Lombalgias posturais, miofascites, artrites apofisárias e radiculites podem ceder ao tratamento indicado. Estes tipos de afecções ocorrem entretanto com muita freqüência em indivíduos cujo trabalho é incompatível com uma atitude de certo repouso para a região lombar. Acresce que o problema propriamente médico tem sido muito pouco focalizado entre nós. A tendência que estes enfermos apresentam para a depressão psíquica é agravada pelos numerosos tratamentos inoperantes a que em geral já foram submetidos.

9.º *Amputações*

É fácil anteciper os complexos ou desajustamentos psicológicos a que está sujeito quem perdeu um membro ou segmento de membro. Mas não é tudo; as dificuldades para aquisição de uma prótese adequada, são de tal ordem que não é raro ver um amputado aceitar um “pilão”. O ren-

dimento é mau. As alterações no côto trazem ainda novos desajustes econômicos e emocionais.

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social junto à Clínica Ortopédica de um hospital terá, então, como função principal:

— o estudo do paciente e de sua família sob os aspectos familiares, econômicos, emocionais, culturais e vocacionais;

— ajudar ao paciente e sua família a encarar de frente as conseqüências familiares, econômicas e sociais da doença;

— remover os obstáculos a uma cura tão completa quanto possível;

— o contato e o encaminhamento para recursos da comunidade capazes de auxiliar na solução dos problemas encontrados ou na prevenção de desajustamentos futuros, dando a essas entidades os fatos necessários para uma colaboração no tratamento que o hospital não pode mais aplicar;

— a colheita ou fornecimento de dados essenciais sobre o paciente para os organismos que se encarregarão das outras duas fases da readaptação.

Os meios empregados para chegar a êste fim são:

a) *estudo social* dos doentes internados, através de entrevistas com o paciente, sua família, visitas domiciliares, entrevistas com o superior imediato do paciente ou visitas ao seu local de trabalho, etc.;

b) *seguimento* dos doentes que freqüentem o ambulatório, independente da existência ou não de problemas sociais, a fim de assegurar a vinda regular ao tratamento;

c) *tratamento social* propriamente dito para remover os obstáculos de qualquer natureza que impeçam por parte do paciente ou de sua família o tratamento adequado.

Para atingir a estas finalidades, a Assistente Social deverá estar em estreito contato com o médico. Êste entrosamento se faz principalmente através da visita à enfermaria, realizada pelo médico acompanhado da Assistente Social. No Serviço de Ortopedia do H.S.E. esta visita se faz uma vez por semana. A Assistente Social já tomou conhecimento dos doentes novos, por um aviso enviado ao Serviço Social pela Sala de Internação e a repartição do paciente foi, no mesmo dia, informada da sua internação. Nesta visita o médico expõe à Assistente Social:

— os problemas em foco ou que se esboçam,

— os planos de tratamento,

— as etapas já vencidas no tratamento e o prognóstico,

— o prazo provável de internação e de invalidez,

— os dados de que já dispõe para o estudo social de cada caso.

Por seu lado, a Assistente Social:

— indaga do médico, dados sobre a evolução, tratamento, prognóstico que a interessam e de que ainda não disponha,

— expõe dados já obtidos,

— submete à apreciação do médico, o plano de ação nos casos já estudados,

— contribui com informações de caráter técnico obtidas em contatos com o doente, com a família, com as repartições, etc.,

— chama atenção do médico para problemas humanos nos casos em tratamento.

RESULTADOS DOS NOSSOS ESFORÇOS

Em doze meses de trabalho de colaboração como o descrito acima, dos casos que passaram pelas mãos da Assistente Social, poucos são os cuja readaptação já se processou satisfatoriamente pois a estada nessa clínica é longa, devida a natureza das doenças. Sentimos, entretanto, que muitas vezes nossos esforços não encontram continuação fora dos muros do H.S.E., pela falta de recursos para obter aparelhos indispensáveis e para treinamento e aproveitamento das aptidões dos pacientes. Embora as instituições de assistência mantidas pelo governo concedam auxílios especiais para doenças mentais, lepra, câncer e tuberculose, em nada ajudam àquele que perdeu um braço ou uma perna ou apresenta uma paralisia. Para conseguir uma perna mecânica para um servidor que poderia continuar suas atividades sentado na sua repartição, foi necessário providenciar a ida ao Palácio do Catete dos 4 filhos menores de 10 anos, para que o Presidente da República concedesse a quantia necessária à prótese indispensável.

A falta de regulamentação da legislação existente é outra dificuldade por nós encontrada. Levamos sempre ao conhecimento dos Serviços de Assistência Social dos Ministérios os casos que precisam de readaptação. Os Serviços de Assistência Social, como já dissemos, são órgãos periciais, que dentro de suas atribuições não podem opinar pela mudança de atividade, mas conseguindo por vezes esta mudança do chefe imediato do paciente. Havendo boa vontade do chefe e do Serviço de Assistência Social, esta mudança pode se processar, porém conforme o Art. 70 do Estatuto do Funcionário Público, i.e. "respeitadas as condições inerentes à carreira a qual pertence" o servidor, o que limita muito a escolha para readaptação, ou "mediante transferência", sendo necessário para isso mobilizar o interesse do serviço do Pessoal, do D.A.S.P. e até do próprio Ministro de Estado.

Apesar dessas dificuldades, dos casos de readaptação oriundos das diversas clínicas do H.S.E. podemos dizer que em mais de 50% conseguimos a mudança de função. É verdade que se considerou muito mais a possibilidade de traba-

lho na repartição, do que o estudo sistemático do servidor, considerando suas possibilidades físicas e mecânicas, prévia formação profissional, sua atitude em face de suas limitações e em face do trabalho que lhe podia ser oferecido, etc.

Cêrca de 20% dos pacientes foram aposentados porque a repartição não oferecia possibilidades de atividades compatíveis com o estado de saúde ou não quis ter o trabalho de vencer os trâmites burocráticos para conseguir uma transferência. Alguns desses aposentados, com vencimentos reduzidos, procuraram compensar a diferença de receita com novos empregos ou biscates; entre alguns cardíacos que foram aposentados, após um período de hospitalização, sabemos de contínuo aposentado que exerce agora a profissão de carpinteiro.

Chamamos de passagem atenção sobre as desvantagens das aposentadorias precoces que, além do prejuízo financeiro para a Nação e para o servidor, trazem freqüentemente um sentimento de inferioridade, ao colocar o indivíduo como incapaz de arcar com suas responsabilidades de chefe de família.

CASOS CLÍNICOS

Apresentamos em seguida dois casos que ilustram alguns dos problemas da readaptação, assim como as dificuldades encontradas e a solução possível dentro das condições atuais.

OBSERVAÇÃO N.º 1

Identificação do Paciente

Paciente, de cor parda, de tipo brevilíneo, com 48 anos, medindo 1,64 m e pesando 67 kg. Informou ter tido um desenvolvimento normal e ter 5 irmãos vivos, porém não sabe do paradeiro de nenhum. Tem instrução primária. Natural de Recife, veio cedo para o Rio, onde se casou em 1930. Dêste casamento tem 8 filhos; a filha mais velha com 16 anos e a mais moça com 4 anos.

Habitação

A família reside num morro das encostas de Sta. Teresa, num barraco de estuque, chão de cimento, coberto de zinco, construído pelo paciente em terreno próprio. O barraco tem 4 cômodos contendo 5 camas para 10 pessoas. Tem água numa bica, luz elétrica e pequena cozinha. Não há instalação sanitária.

Profissão

O paciente é "mata-mosquito". Há 19 anos que é funcionário público.

Situação Econômica

Os vencimentos do paciente eram no momento do tratamento de Cr\$ 1.100,00. Recebe Cr\$ 400,00 de abono. Além do desconto de 5% do I.P.A.S.E., desconta ainda Cr\$ 285,00 de um empréstimo de Cr\$ 4.000,00 contraído para colocar água e luz no barraco.

Saúde da Família

O paciente informou que tanto a habitação como a alimentação eram deficientes. Daí a família inteira estar em tratamento no Hospital. A esposa sofre até hoje das conseqüências de um aborto provocado em 1947. A filha mais velha não pode trabalhar devido a miopia e estrabismo divergente. As crianças menores têm verminose e são desnutridas.

Situação Clínica

O paciente informou ter tido paludismo aos 13 anos, e blenorragia aos 18 anos. Em 1942 começou a sentir fortes dores nos joelhos quando andava muito ou ficava muito tempo de pé. Aos poucos os joelhos ficaram deformados e as dores aumentaram de intensidade. O paciente atribui esta situação ao trabalho nas valas cheias d'água e à necessidade de subir e descer constantemente escadas. Diagnóstico: "genu-valgo bilateral; artrite hipertrófica de ambos os joelhos". O paciente esteve em tratamento de 24 de novembro de 1947 a 23 de junho de 1949, nas Clínicas Médica e Ortopédica. O tratamento consistiu em medicação para melhorar o estado geral, uso de talonetes, recomendações de poupar as articulações. Teve alta melhorado em 23 de junho de 1949.

Encaminhamento ao Serviço Social

Em 2 de outubro de 1949 a esposa do paciente veio ao Serviço Social para obter medicamentos grátis para a menina mais moça que se tratava na Clínica Pediátrica. Informou a Assistente Social da situação da família, em tom humilde, como se estivesse constrangida. Falou do marido que era muito bom e cumpridor de seus deveres, mas muito doente e ameaçado de não poder mais trabalhar devido a uma doença nos joelhos. Parecia muito preocupada com este estado de coisa, pois os chefes do paciente não queriam acreditar na sua doença nem mudá-lo de serviço.

Atuação do Serviço Social

A Assistente Social procurou imediatamente os médicos das clínicas onde se tratava o paciente. O médico informou que ao dar informações sobre si mesmo e sobre sua doença, o paciente o tinha feito assumindo uma atitude indiferente; tempos depois, ao ser informado do prognóstico, pareceu ficar bastante perturbado. Tentou explicar as recomendações a seu chefe, no sentido de ser mudado de serviço, mas sem êxito. A Assistente Social ofereceu-se para tentar mais uma vez obter uma mudança de trabalho, através do Serviço de Assistência Social, do Ministério; ficou combinado o médico enviar o paciente ao Serviço Social.

Na entrevista que teve com o paciente, a Assistente Social notou também que a atitude do paciente para com sua doença parecia de resignação. Não via no serviço possibilidade de trabalho sentado; achava que o chefe imediato não ligava importância a suas dores, chamando-o a ordem quando ele se sentava ou se encostava. Não havia, segundo ele, remédio senão aceitar a situação e esperar os acontecimentos. Quando a Assistente Social propôs falar com o chefe, ele sorriu e disse: "Bem, a Sra. pode tentar, mas não vai conseguir nada. Eu já levei um papel do médico daqui e ele nem o olhou". Tendo a Assistente Social abordado o assunto da licença, o paciente declarou que não adiantava, porque ele melhoraria um pouco, mas quando voltasse ao serviço, tornaria a piorar; se ficasse muito tempo licenciado, seria descontado de 1/3 dos vencimentos. O paciente também achou que a aposentadoria seria difícil de conseguir porque na Seção de Assistência Social disseram-lhe que não era esse seu caso. Mesmo se a conseguisse, não era negócio porque ganha pouco e tem família numerosa. Era melhor agüentar como pudesse.

A Assistente Social procurou então o Chefe da Assistência Social do Ministério da Educação, expondo-lhe o diagnóstico e o prognóstico da doença do paciente, assim como a situação da família e as reações do paciente. Insistiu sobre a necessidade de uma mudança de atividade. O Chefe da Seção de Assistência Social respondeu que faria o possível, que tinha muita boa vontade, etc.

Passou-se um mês e o paciente veio avisar a Assistente Social que tendo-se dado uma vaga de contínuo na sede do Ministério, tinha ele sido transferido para lá, depois de o Chefe do Serviço de Assistência Social ter falado com o chefe do paciente, o Diretor da Divisão do Pessoal e o oficial de gabinete do Ministro. O paciente agora permanecia quase sempre sentado e parecia satisfeito com a solução dada ao caso.

O caso desse paciente ilustra perfeitamente a situação na qual se acha um servidor com artrite hipertrófica e que não pode continuar as atividades até agora desempenhadas. Vemos aqui uma família normalmente constituída, com relações normais entre seus membros porém lutando com as dificuldades econômicas que, infelizmente, são a sorte da grande maioria das classes trabalhadoras: alimentação e habitação deficiente, causas do estado precário da saúde de todos.

A atitude da família é característica daquelas que não vêm saída numa situação: a resignação. Esta atitude cedo estabelecida no paciente, tornou-se ele indiferente diante das diversas situações advindas durante a sua vida e finalmente diante da doença. Quando se trata, sente alguma melhora, mas não vê possibilidade de mudar de trabalho; mais uma vez resigna-se ao inevitável. Além do problema econômico existente, que se agravará com licenças ou aposentadoria, há um problema psicológico: a atitude passiva do paciente e da família.

Não foi explorada a possibilidade de ensinar ao paciente uma outra profissão, porque ele só tem uma instrução rudimentar e é difícil ensinar um homem de 48 anos, prematuramente envelhecido. Por outro lado, não possuímos recursos para essa reeducação.

Outro ponto ilustrado neste caso, é a necessidade de os médicos não perderem de vista durante o tratamento o que pode advir ao paciente no futuro. Se o Serviço Social veio a conhecer a situação foi porque a esposa contou à Assistente Social a situação em que se encontrava a família. Tomou a Assistente Social a iniciativa das providências. O próprio médico mostrou-se descrente do êxito dessas providências, embora fôsse vital para o tratamento da afecção em causa que o paciente limitasse suas atividades e economizasse suas articulações.

Por fim vemos que não havia apoio legal para a readaptação, além de desconhecimento da situação clínica e social por parte dos chefes do paciente. A mudança de atividade foi conseguida porque houve uma vaga de contínuo na sede do Ministério e boa vontade de pessoas influentes.

OBSERVAÇÃO N.º 2

Identificação

Paciente, branco, com 41 anos, solteiro, natural de um Estado do Nordeste onde reside e trabalha. O paciente perdeu cedo seu pai; a mãe lutou muito para educar seus 6 filhos. O paciente só tem curso primário, mas é inteligente e tem grande diversidade de interesses. Quando rapaz praticou esporte, principalmente futebol. É funcionário do Ministério da Agricultura exercendo a função de fiscal de campo. Vencimentos, Cr\$ 1.100,00. Mora em pensão pagando Cr\$ 700,00.

Saúde

O paciente informou que teve várias doenças na adolescência: variola aos 16 anos, blenorragia aos 17 anos, paludismo aos 19 anos, como também nesta idade vários resfriados e gripes. Com 28 anos teve sorologia positiva e fez o tratamento completo contra a sífilis. De uns anos

para cá, sentia no peito como “um fole em compressão” o que muito o incomodava. No Norte, consultou vários cardiologistas, sem grande resultado. Em 1947, sofreu um acidente e desta data em diante sentia dores fortes nas costas, quando fazia esforços ou quando ficava muito em pé. Com muito sacrifício veio ao Rio e matriculou-se no H.S.E.

Situação Clínica

O Diagnóstico da Clínica Ortopédica foi: “Fratura antiga por compressão da 12ª vértebra dorsal”. Pedido parecer da Clínica Cardiológica, o diagnóstico foi: “Estenose aórtica provavelmente de origem reumática”.

O paciente foi internado a 5 de agosto de 1949, para uma intervenção cirúrgica, que não pôde ser realizada em vista da condição cardíaca do paciente. O ortopedista foi então de opinião que o paciente poderia continuar a trabalhar se tivesse um colête ortopédico. Caso contrário, o prognóstico quanto à recuperação da capacidade para o trabalho não seria muito favorável.

Encaminhamento ao Serviço Social

O paciente veio espontaneamente ao Serviço Social no dia em que foi internado a fim de que sua repartição fosse notificada do tratamento que iria fazer e processar a devida licença. No dia 28 do mesmo mês, o médico procurou o Serviço Social para expor a necessidade de aquisição de um colête ortopédico para o paciente. O preço de semelhante prótese era de mais ou menos Cr\$ 3.800,00, alegando o paciente que não o podia pagar.

Atuação do Serviço Social

O paciente assumia para com sua doença e o prognóstico uma atitude construtiva. Estava resolvido a voltar para seu Estado, a continuar a trabalhar, mesmo em outra atividade, se necessário, e a ficar sob controle clínico para a condição cardíaca. A Assistente Social teve a impressão de um homem que olha as situações como elas se apresentam e toma as providências necessárias. Mostrava-se ansioso quanto a possibilidade de obter o colête.

A Assistente Social conferenciou com o Chefe do Serviço de Assistência Social do Ministério da Agricultura. Ambos não encontraram um meio de auxiliar o paciente. Apesar disso levaram o caso ao conhecimento do Diretor da Divisão à qual pertence o paciente. Dias depois este enviou ao Serviço Social do H.S.E. uma autorização para confeccionar o colête às expensas da Divisão. Duas semanas depois, o servidor voltava para o Norte e para seu trabalho munido do colête, com recomendação de conservar-se em contato com um cardiologista e de levar uma vida calma, sem excessos no trabalho e nas atividades recreativas.

Embora ambos os casos tivessem um “happy ending”, podemos observar as semelhanças e as diferenças que nos esclarecem sobre os problemas e as soluções possíveis. A situação econômica é precária para os dois pacientes, porém para o 2.º permite-lhe uma vida razoável embora não permite a aquisição da prótese tão necessária. Esta foi conseguida, não por força de um dispositivo legal, mas graças a boa vontade de várias pessoas. Esta única saída, a que foi possível no momento, só pode ter uma péssima repercussão sobre os servidores em geral: dar-lhes a idéia que só se conse-

gue por “pistolão” aquilo que é devido por justiça.

Fator interessante e positivo neste 2.º caso que reduziu ao mínimo os traumatismos psíquicos naturais a estes tipos de afecções foi a atitude construtiva que o paciente tem para com a vida em geral e para com sua saúde em particular.

Outro fator decisivo: o contato cedo estabelecido entre o médico e a Assistente Social para a troca de informações e tentar solucionar o caso da melhor maneira possível.

Quanto ao propósito do Serviço Social sobre os dois casos, podemos dizer que o paciente n.º 1 continuará a encarar sua doença e as complicações futuras com a mesma indiferença e resignação de outrora. Para êle um seguimento seria necessário, a fim de reencaminhá-lo à clínica se a situação piorar e auxiliá-lo nestas novas dificuldades. O 2.º paciente já nos dá outra esperança: podemos estar certos de que, não somente êle procurará o médico quando necessário, mas provavelmente saberá tomar decisões para orientar sua vida.

CONCLUSÕES

Seria portanto de desejar que o 1.º Congresso Brasileiro de Higiene e Segurança do Trabalho recomendasse:

1.º Seja estudado e quanto antes pôsto em prática um plano de readaptação profissional e funcional para os servidores do Estado.

2.º Os Institutos de Previdência e as organizações que se dediquem ao bem-estar dos trabalhadores, também estudem um plano de readaptação de inválidos.

3.º Nos estudos e na realização dos serviços destinados à readaptação, o paciente seja considerado como um todo psico-somático, como um homem enfim, tendo direito ao estudo e à solução dos problemas de ordem física, psicológica e moral que o possam afetar.

4.º Para a realização da readaptação, sejam considerados os recursos já existentes e a colaboração de diversos especialistas, tais como médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, recreadores, bibliotecários e Assistentes Sociais, a fim de estudarem e solucionarem todos os problemas que se apresentarem.

5.º O homem não seja considerado somente como uma máquina, que por vezes se torna necessário consertar, mas como um todo psico-somático, como uma criatura humana podendo ser frequentemente ainda útil à sociedade, bem como ser chamado a um destino eterno.

* * *