



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA AURINEIDE FELIPE DA SILVA

**SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR (*HOME CARE*):**  
**RELATOS E VIVÊNCIAS DE UM ASSISTENTE SOCIAL QUE ATUA**  
**NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO *HOME CARE* DO HOSPITAL**  
**HAROLDO JUAÇABA**

Fortaleza

2016

MARIA AURINEIDE FELIPE DA SILVA

**SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR (*HOME CARE*):  
RELATOS E VIVÊNCIAS DE UM ASSISTENTE SOCIAL QUE ATUA  
NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO *HOME CARE* DO HOSPITAL  
HAROLDO JUAÇABA**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes.

Fortaleza  
2016

MARIA AURINEIDE FELIPE DA SILVA

**SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR (*HOME CARE*):  
RELATOS E VIVÊNCIAS DE UM ASSISTENTE SOCIAL QUE ATUA  
NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO *HOME CARE* DO HOSPITAL  
HAROLDO JUAÇABA**

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica e Filosófica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos(as) professores(as).

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Francisca Emmanuella Saraiva Martins  
RATIO

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Rosa Ângela Brito Falcão  
RATIO

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus que mim guia com seu grande amor, sua força, todos os dias da minha vida, pois tudo que tenho e, a ele que agradeço prioritariamente.

À minha família incluindo, primeiramente, meu marido e meu filho, que esteve ao meu lado me apoiando e me motivando a cada dia nesta caminhada. Ambos acreditaram nos meus sonhos, sempre me dando crédito de confiança e amor.

À minha turma de graduandos, amigos e amigas que conquistamos e estivemos engajados nesse leque de conhecimento por um mesmo sonho que é ver uma sociedade melhor e justa.

Aos professores e aos assistentes sociais que de forma direta e indireta me forneceram suporte para execução deste trabalho.

À minha orientadora, professora Virzângela Paula Sandy Mendes, por estar ao meu lado nesta longa caminhada me ajudando e apoiando.

Às professoras Francisca Emmanuella Saraiva Martins e Rosa Ângela Brito Falcão por terem aceitado participar da banca examinadora.

A todos que estiveram comigo neste percurso, seja de forma direta ou indireta.

## **Deficiências**

“Se Deficiente” é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

“Louco” é quem não procura ser feliz com o que possui.

“Cego” é aquele que não vê seu próximo morre de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

“Surdo” é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão, pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

“Mudo” é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

“Paralítico” é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.

“Diabético” é quem não consegue ser doce.

“Anão” é quem não sabe deixar o amor crescer. E finalmente a pior das deficiências é ser miserável, pois “miseráveis” são todos os que não conseguem falar com Deus.

(MARIO QUINTANA)

## RESUMO

No Brasil, o atendimento domiciliar tem como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, englobando nestes atendimentos cuidados de baixa complexidade. Sendo que esse tipo de atendimento só veio a despontar, no país, no início da década de 1990, seguindo uma tendência mundial de adoção de um modelo alternativo e complementar ao modelo hospitalar, envolvendo profissionais especializados que realizam, no domicílio, o tratamento clínico de agravos que não necessitam, obrigatoriamente, de assistência hospitalar para seu acompanhamento. Desse modo, este trabalho monográfico pretendeu compreender os relatos e vivências de assistentes sociais que atuam no *Home Care* do Hospital Haroldo Juaçaba, situado no município de Fortaleza - CE. A pesquisa é exploratória, tendo sido feito uma pesquisa bibliográfica, que tomou por base as seguintes categorias de análise: assistência domiciliar, ou seja, o trabalho com as famílias e o exercício profissional no *Home Care*, que serão dialogadas com os seguintes autores: Amaral, Cunha, Labronici e Oliveira (2001), Falcão (2004), Yamamoto (2008), dentre outros. Além disso, fizemos uma pesquisa de campo onde realizamos entrevistas semiestruturadas, com duas assistentes sociais que atuam no atendimento domiciliar do Hospital Haroldo Juaçaba. Por fim, constatamos que, as vivências das assistentes sociais com os pacientes e seus familiares atendidos através de cuidados paliativos estão intrinsecamente relacionadas à questão social, tendo em vista que dentre os processos de trabalho relatados pelos mesmos estão inseridos: a observação de questões que podem comprometer o processo de tratamento, como conflitos familiares e situação financeira precária; encaminhamentos para a rede socioassistencial; a realização de projetos, como por exemplo, o Projeto Celebrar; a realização de reuniões com familiares e cuidadores; orientação acerca de direitos sociais e previdenciários; viabilização de exames e transporte; orientações e acolhimento aos familiares no momento do óbito; assegurar condições de direitos e cidadania aos pacientes; dentre outros.

**Palavras-chave:** Saúde; Serviço Social; Atendimento Domiciliar.

## ABSTRACT

In Brazil, home care aims to reduce the number of occupied beds, encompassing these calls low-complexity care. Since this type of care only came to emerge in the country in the early 1990s, following a global trend to adopt an alternative and complementary model to the hospital model, involving professionals who carry out at home, clinical treatment diseases that do not necessarily require hospital care for follow-up. Thus, this monograph intended to understand the stories and experiences of social workers who work in Home Care Haroldo Juaçaba Hospital, located in the city of Fortaleza - CE. The research is exploratory, and was made a bibliographic research, which was based on the following categories of analysis: Home care, that is, work with families and professional practice in Home Care, which will be dialogued with the following authors: Amaral Cunha, Labronici and Oliveira (2001), Hawk (2004), Iamamoto (2008), among others. Also, we did a field survey which we conducted semi-structured interviews with two social workers who work in home care Hospital Aroldo Joaçaba. Finally, we note that the experiences of social workers with patients and met family through palliative care are intrinsically related to social issues, considering that among the work processes reported by them are included: the observation of issues that may compromising the treatment process, such as family conflicts and precarious financial situation; referrals to social assistance network; the realization of projects such as, for example, conclude Project; holding meetings with families and caregivers; guidance on social and pension rights; feasibility tests and transport; guidelines and the host family at the time of death; ensure conditions of rights and citizenship to patients; among others.

**Keywords:** Cheers; Social work; Home Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
<b>APS</b>	Atendimento Primário em Saúde
<b>ASS</b>	Atendimento Secundário em Saúde
<b>ATS</b>	Atendimento Terciário em Saúde
<b>CAPs</b>	Caixas de Aposentadoria e Pensão
<b>CEF/88</b>	Constituição Federal de 1988
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>COFEN</b>	Conselho Feral de Enfermagem
<b>ESF</b>	Programa Estratégia Saúde da Família
<b>IAPs</b>	Institutos de Aposentadoria e Pensões
<b>IAPM</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
<b>IAPC</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
<b>IAPB</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
<b>IAPI</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
<b>IAPETEL</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores e Transportadores de Cargas
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>LOPS</b>	Lei Orgânica da Previdência Social
<b>NOB-SUS</b>	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>SAMDU</b>	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SOPAI</b>	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 HISTÓRICO DO SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO A SAÚDE.....</b>	<b>19</b>
2.1 Breve histórico sobre o Nascimento do Sistema Único de Saúde no Brasil .....	19
2.2 Os níveis de Atenção à Saúde.....	29
<b>3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO <i>HOME CARE</i> .....</b>	<b>33</b>
3.1 A Política Pública direcionada para a atenção à saúde e atuação do assistente social na saúde.....	33
<b>4 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO <i>HOME CARE</i>: RELATOS DE ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL HAROLDO JUAÇABA.....</b>	<b>45</b>
4.1 Conhecendo o <i>Home Care</i> .....	45
4.2 As vivências cotidianas do assistente social no <i>Home Care</i> : relatos de campo .....	46
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O termo *Home Care*, significa atenção à saúde no domicílio. No entanto, vários termos são empregados como sinônimos, dentre esses: *home health care*, *domiciliary care*, atendimento domiciliar, *nursing care*, cuidados médicos domiciliares, entre outros. Enfim, o *home care* consiste em uma gama de serviços onde são desenvolvidas ações de saúde no domicílio dos usuários por uma equipe multiprofissional, a partir da realidade em que os mesmos estão inseridos, visando à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde, e desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua autonomia. (KERBER, 2008).

De acordo com Freita (2005), o movimento do *Home Care* surgiu nos Estados Unidos e Europa, no período da Segunda Guerra Mundial. Nos Estados Unidos, inicialmente, as enfermeiras se reuniam e passavam a atender e cuidar dos pacientes em casa. Em um segundo momento, o sistema de *Home Care* americano, aumentou seu raio de abrangência por iniciativa dos hospitais por sofrerem forte pressão dos pacientes, seguros de saúde e do governo como forma de diminuir os gastos com internações além de possibilitar uma maior oferta de leitos hospitalares.

Na Europa, nessa mesma época, após vários hospitais terem sido bombardeados<sup>1</sup>, houve a necessidade dos médicos irem até os pacientes. Posteriormente, esta prática passou a ser adotada para as pessoas que precisam de cuidados frequentes e por tempo prolongado. Na maioria das vezes idosos portadores de doenças crônicas, pois elas conduzem mudanças irreversíveis no organismo e deteriorações frequentemente permanentes das habilidades funcionais do indivíduo (FREITA, 2005).

No Brasil, o primeiro sistema de atendimento domiciliar foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, englobando nestes atendimentos cuidados de baixa complexidade clínica, conforme aponta Freita (2005).

No entanto, o *Home Care* despontou no país no início da década de 1990, seguindo uma tendência mundial de adoção de um modelo alternativo e complementar ao modelo hospitalar, envolvendo profissionais especializados que realizam, no domicílio, o tratamento

---

<sup>1</sup>Por toda a Europa, durante a Segunda Guerra Mundial, muitos hospitais foram destruídos ou seriamente danificados por bombardeios alemães, criando a necessidade dos médicos se deslocarem até os pacientes, haja vista que, a população não dispunha mais desse equipamento social (FREITA, 2005).

clínico de agravos que não necessitam, obrigatoriamente, de assistência hospitalar para seu acompanhamento, conforme apontado por Braz (2002).

Desse modo, no ano de 1990, por meio da Lei n. 8080/90 foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS) que passou a estabelecer seus princípios e diretrizes, dentre os quais se encontra a integralidade. Assim, com base neste princípio, foi proposto o atendimento integral aos cidadãos, passando o atendimento a ser feito por uma ótica humanizada através de trabalhos exercidos por uma equipe interdisciplinar. Ressaltando que, dentre os objetivos do SUS está à assistência às pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, modificando os processos de trabalho e de produção de cuidado.

Deste modo, de acordo com o Ministério da Saúde, buscando garantir o cumprimento da Lei n. 8080/90 do SUS, no que diz respeito à continuidade do cuidado em integração com a rede de atenção à saúde, foi instituída a Atenção Domiciliar (*Home Care*), como modalidade complementar ou substitutiva às já existentes, tanto no que diz respeito à saúde pública como privada.

Portanto, no Brasil, por meio da Constituição de 1988, que concretizou a consolidação do SUS, o atendimento à saúde passou a ser direcionada para a organização da Atenção à Saúde voltada para o cuidado centrado no usuário e suas necessidades, buscando a superação do modelo assistencial centrado nos cuidados hospitalares, embora seja reconhecido que os mesmos são necessários em situações específicas.

Para tal, o SUS vem implementando estratégias de Atenção à Saúde não tradicionais como o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>2</sup>, (antigo Programa de Saúde da Família PSF), incluindo visitas domiciliares, assistência domiciliar (*Home Care*) e centros de cuidados paliativos, que representam esforços de mudança de modelo e de organização dos serviços de saúde.

Quanto ao programa *Home Care*, objeto de estudo deste trabalho, cabe ressaltar que, com base na Resolução nº 1, de 26 de janeiro de 2006, da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) em conjunto com o Ministério da Saúde, foi determinado que a atenção

---

<sup>2</sup>Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Programa Estratégia da Família (ESF) inicialmente, recebeu a denominação de Programa Saúde da Família (PSF), popularizando-se pela sigla PSF. O mesmo foi criado com base em experiências desenvolvidas em alguns municípios, sendo que, a partir das mesmas o Ministério da Saúde, em 1994, institui no âmbito da Atenção Primária à Saúde o PSF que, apesar de ser lançado como um programa é considerado como uma estratégia de reorganização de serviços de saúde, articulada aos princípios do SUS (BRASIL, 2012).

domiciliar deve comportar as seguintes modalidades: visita domiciliar; internação domiciliar; atendimento domiciliar; atenção domiciliar. Segundo Schutz (2007), que elucida cada uma destas modalidades:

A visita domiciliar é aquele contato do profissional da saúde com a população de risco, no intuito de coletar informações ou de realizar orientações visando à promoção da saúde. Sendo nelas desenvolvidas ações de educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornarem independentes. Tais como: o saneamento básico, cuidados com a saúde, uso de medicamentos, amamentação, controle de peso, planejamento familiar, dentre outras.

Internação domiciliar é relacionada com o cuidado intensivo e multiprofissional no domicílio, caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalizada para a casa do paciente. É uma modalidade que tem se revelado uma opção segura e eficaz, direcionada a pacientes portadores de doenças crônicas ou agudas. Adquirindo cada vez mais importância nas distintas organizações, acompanhada por estudos que preveem um aumento de serviços de atendimento domiciliar, assinalando que diferentes setores colocam a internação domiciliar como alternativa promissora (SCHUTZ, 2007).

Atendimento domiciliar é considerado um componente do cuidado por meio dos quais os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e/ou sua família na residência em caráter preventivo ou assistencial (SCHUTZ, 2007). Para Lacerda (2006) que não discorda de Schutz (2007) compara o atendimento domiciliar a um “consultório em casa”, pois, segundo o mesmo envolve ações menos complexas, multiprofissionais ou não.

Atenção domiciliar abrange todas as outras, isto é, o atendimento, a visita e a internação domiciliar, de modo que todas as ações que possam vir a influenciar o processo saúde-doença das pessoas.

Assim, de acordo com Schutz (2007) esta é a modalidade de maior amplitude, definida por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvida no domicílio. É uma atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área da saúde, como também o cliente e sua família, visando o estabelecimento da saúde como um todo. É importante que os profissionais de saúde tenham a clareza em relação a esses termos usados, para uma visão unificada e um melhor atendimento ao seu cliente.

Conforme Falcão (2004) os serviços de *Home Care* não estão mais restritos ao setor privado, dados seus ganhos na saúde os mesmos foram amplamente implantados também no âmbito público, através da Lei 9656 de 1998 que defini os parâmetros e rumos da atuação da saúde suplementar. Tal amplitude ganhou força, ainda segundo o mesmo autor, devido aos ótimos benefícios da atenção à saúde na casa dos usuários, mesmo que no âmbito público seja pequena a possibilidade de internação do paciente no próprio domicílio.

De um modo geral, os usuários são tratados no seu hábitat natural, com atendimento personalizado 24 horas, com tudo em volta familiar. Assim, segundo Falcão (2004, p. 57):

[...] é bom para a família que não precisa se deslocar da sua residência evitando faltas ao trabalho, como também é gratificante ver seu parente sendo acompanhado por uma equipe composta por multiprofissionais na sua casa, e com uma vantagem, a impossibilidade do paciente contrair uma infecção hospitalar.

Dentre os benefícios dessa alternativa de saúde, Amaral (2001) cita, ainda, a maior rapidez na recuperação do paciente, humanização no atendimento, otimização de leitos hospitalares para pacientes que deles realmente necessitam redução custo/dia da internação, prevenção e minimização de eventuais sequelas e dentre outros.

Amaral (2001) entende que família deve ser considerada o hábitat natural do ser humano, podendo o indivíduo em seu contexto ser ele mesmo, agindo naturalmente, sem máscaras ou cobranças pelos defeitos ou qualidades.

Na mesma esteira, Freita (2005), afirma que a participação da família na recuperação é uma influência positiva, não só do ponto de vista clínico, mas também do psicológico, uma vez que a tendência é sempre uma colaboração mais eficiente entre os profissionais da saúde, família e paciente.

O mesmo autor salienta ainda que, especialmente a equipe multidisciplinar que atua no *Home Care*, assim como, os profissionais da saúde de um modo geral, precisam ter uma visão integralizada, com foco assistencial na família e não somente no indivíduo doente, auxiliando os familiares de maneira mais ampla e contextualizada dentro de modo peculiar de cada família, compreendendo suas relações, tanto em situação de doença como em situação de saúde.

Lembrando que o modelo assistencial hegemônico em saúde, ditado pelo sistema econômico neoliberal, tem uma construção histórica e social, onde privilegia as ações

curativas, individuais, hospitalocêntricas, com intervenções medicalizantes. No entanto, a necessidade de medidas alternativas como o *home care*, por meio dos programas: Visita domiciliar, Internação domiciliar, Atendimento domiciliar e Atenção domiciliar, reforçam o movimento de desconcentração do atendimento hospitalar (KERBER, 2008).

Kerber (2008) defende que somente sair do hospital para o domicílio, sem mudar o processo de trabalho não resolverá a situação, apenas mudará o local de atendimento. O autor enfatiza ainda que, o atendimento a domicílio proporciona para os profissionais da saúde e, em especial a equipe multidisciplinar do *Home Care* fazerem uma reflexão sobre a concepção saúde-doença, possibilitando reconhecer o paciente em suas múltiplas relações.

Lacerda (2006) reitera as afirmações supracitadas por Kerber (2008), ao afirmar que a importância da formação e/ou capacitação desses profissionais envolvidos nesta modalidade de trabalho, tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto familiar, e a própria equipe multiprofissional.

Ainda de acordo com Lacerda (2006, p. 57): “os profissionais devem ter um perfil especial, no qual amadurecimento, segurança e compromisso contam muito e são qualidades essenciais”. Para tanto, a equipe multiprofissional deve ser formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, além do pessoal de apoio, como motoristas, técnicos administrativos, entre outros.

Deste modo, de posse das informações supracitadas, onde a prática do *Home Care* tem sido amplamente difundida e incentivada pelos mais diversos organismos de saúde, conforme afirma Falcão (2004), sejam eles públicos ou privados, o assistente social possui um papel de destaque na atuação no *Home Care*. Fundamentado pelo conceito ampliado de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS); Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução CFM 1868/2003, onde insere e destaca o papel do Serviço Social, como foco na intervenção preliminar; e Resolução ANVISA RDC nº 11/2006, através do regulamento técnico para assistência domiciliar; Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar tem como função prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.

Assim, diante dos dados apresentados e da pertinência do tema, sempre relevante por se tratar da saúde, fomos despertados pelo interesse em estudar a atuação do(a) assistente social no *Home Care*, surgindo assim a indagação: qual o papel desempenhado pelo(as)

assistentes sociais que atua no equipe multidisciplinar no *Home Care* do Hospital Haroldo Joaçaba no município de Fortaleza?

Portanto, nosso objetivo geral, compreender os relatos e vivências de assistentes sociais que atuam no *Home Care* do Hospital Haroldo Joaçaba, situado no município de Fortaleza – CE, a efetivação do direito à saúde e a atuação desse profissional. Para tanto, como meio de responder nosso objetivo geral, temos como objetivos específicos, descrever, os processos e práticas do trabalho, do assistente social, no *Home Care* do Hospital Haroldo Joaçaba; identificar as Políticas Públicas relacionadas à Atenção Básica, no *Home Care*; e apresentar os principais obstáculos enfrentados pelos assistentes sociais no *Home Care* do Hospital Haroldo Joaçaba.

O interesse pela temática nasceu por inúmeras razões, no entanto, cabe ressaltar, preliminarmente que, todas possuem relação direta com a área da saúde. Primeiramente, devido ao nosso trabalho como auxiliar de laboratório, no laboratório de análises clínicas, desde 2008, no Hospital Haroldo Joaçaba. Dessa forma, por meio da observação direta, no desempenhar de nossas atividades laborativas, acabamos por manter contato com a equipe multidisciplinar do *Home Care*, o que nos possibilita muitas vezes ouvir os relatos das experiências deles, principalmente dos(as) assistente sociais.

Outro fato relevante refere-se ao nosso trabalho, no hospital Haroldo Joaçaba. Através do mesmo nos possibilita o contato direto com os pacientes, e seus familiares. Assim, por meio de nossa observação, passamos a perceber suas dificuldades, sejam elas físicas, emocionais, sociais e/ou econômicas.

A partir disso, e com o decorrer do Curso de Serviço Social passamos a correlacionar fatos cotidianos de nosso trabalho com as políticas públicas na área da saúde, tendo em vista que, muitos dos pacientes bem como seus familiares encontram-se desprovidos de uma condição financeira que possam lhes assegurar um tratamento digno. Citamos como exemplo o fato, de muitas vezes os pacientes a se deslocarem desacompanhados até o hospital, pois seus familiares não possuem condições financeiras para arcar com os custos da alimentação e o deslocamento de suas residências até o hospital para acompanhá-los. Além disso, passamos observar também, o impacto, tanto dos pacientes quanto de seus familiares quando informados que estão com câncer. Pois a partir da constatação da doença tanto os pacientes como de seus familiares, precisam tomar decisões referentes ao acompanhamento à unidade

de saúde e a questão socioeconômico e emocional que decorrem a partir da descoberta da doença.

Em segundo lugar o que nos motivou a desenvolver esta pesquisa diz respeito aos Estágios Supervisionados em Serviço Social I e II, na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI), situada na Av. Francisco Sá, 5036, pois tivemos a oportunidade de observar e atuar, ao lado da supervisora de campo, vivenciando, assim, o atendimento social no momento de internação do paciente como forma de conhecer os usuários dos serviços de saúde oferecidos pela SOPAI.

Portanto, muito embora os mesmos não tenham sido realizados em *Home Care*, as atividades desenvolvidas estão intimamente correlacionadas, uma vez que são da área da saúde, quais sejam: acolhimento, visitas aos leitos, entrevistas sociais, viabilização em consultas e exames não realizados no hospital, declaração de trabalho para acompanhantes justificarem juntos às empresas da qual trabalham ou estudam, autorização de visitas extras, esclarecimento aos acompanhantes sobre as normas hospitalares, autorização para troca de acompanhantes e colaboração na elaboração de eventos sociais.

Por fim, nosso interesse também foi despertado devido à disciplina de Administração e Planejamento em Serviço Social, no qual apresentamos um seminário sobre o trabalho do assistente social no *Home Care*, do Hospital da Unimed. Vale salientar, ainda que, possuímos um anseio especial em desvelar a atuação do(a) assistente social no *Home Care* do Hospital Haroldo Juaçaba devido ao nosso interesse em exercermos a profissão na área da saúde. Além do mais, a atuação do(a) assistente social vem se tornando mais dinâmica devido às múltiplas refrações da questão social, advindas dos conceitos próprios do processo de implantação do SUS e do processo de mercantilização do setor da saúde.

No intuito de alcançarmos o objetivo geral e os específicos, supracitados, foi realizada inicialmente uma pesquisa exploratória. Segundo Gil (1991, p. 46): “tem como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população ou o estabelecimento de relações entre variáveis [...] pesquisa exploratória objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito”.

Portanto, a natureza deste trabalho é qualitativa teórica, dando ênfase nos relatos e vivências, das assistentes sociais no *Home Care*, do Hospital Haroldo Juaçaba, no Município

de Fortaleza. Para tanto, este trabalho possui natureza descritiva e exploratória. Descritivo, pois visou levantar as características dos fatos de forma sistematizada.

Em seguida, na mesma área de abrangência e sob o mesmo enfoque, foi feita uma pesquisa bibliográfica, que tem por finalidade conhecer diferentes formas de contribuição científica que se realizarão sobre determinado assunto ou fenômeno. A pesquisa bibliográfica é considerada um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos com o tema. Assim estes perpassam por base as seguintes categorias de análise: assistência domiciliar, ou seja, o trabalho com as famílias e o exercício profissional no *Home Care*, que serão dialogadas com os seguintes autores: Amaral, Cunha, Labronici e Oliveira (2001), Falcão (2004), Iamamoto (2008), dentre outros.

Vale colocar que, segundo o discurso dos autores supracitados, em relação ao atendimento domiciliar, que esse oferece uma série de vantagens em comparação os demais tipos de atendimentos, como por exemplo, maior rapidez na recuperação do paciente, atendimento mais humanizado, além da possibilidade de prevenção e minimização de eventuais sequelas que possam surgir, tendo em vista que os pacientes terão um acompanhamento por uma equipe multiprofissional e pelos seus próprios familiares. Destacamos que tal afirmativa foi observada ao longo do percurso da construção do segundo e terceiro capítulos deste trabalho monográfico, quando discorreremos sobre as categorias atendimento domiciliar e o trabalho com as famílias.

Segundo Amaral (2001) a família deve ser considerada o hábitat natural do ser humano, podendo o indivíduo em seu contexto ser ele mesmo, agindo naturalmente, sem máscaras ou cobranças pelos defeitos ou qualidades. Desse modo, ao longo dos capítulos, que seguem, demonstramos que o atendimento domiciliar consiste uma das alternativas capaz de representar uma revolução na esfera do cuidado com o doente, considerada uma prática moderna de assistência, tanto pelo setor privado como pelo público que prestam serviços de atendimento na área da saúde.

Quanto à pesquisa de campo, foram realizadas entrevistas, de acordo com Minayo (2006, p. 107):

O trabalho de campo se constitui em uma etapa essencial do processo de pesquisa e necessita ser pensado a partir de referenciais teóricos e de aspectos operacionais que envolvam questões conceituais. Assim, o campo social não é transparente, tanto o pesquisador como os atores, sujeito-objeto da pesquisa, interferem dinamicamente no conhecimento da realidade.

Deste modo, previamente foi construído um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas “abertas” e “fechadas”, que foi realizada com duas assistentes sociais, que fazem parte da equipe multiprofissional que atuam em conjunto com quatro médicos, um psicólogo e uma enfermeira, no *Home Care*, do Hospital Haroldo Juaçaba. Para tanto, foi utilizado como auxílio na execução das entrevistas, instrumentos como o roteiro de entrevista e o gravador de voz, conforme a autorização dos sujeitos entrevistados.

Por fim, no que diz respeito ao aspecto ético da pesquisa realizada e aqui materializada neste trabalho, a análise e os resultados, foram resguardados pelo Código de Ética e das Diretrizes da Lei que regulamenta a profissão de Serviço Social, sendo seguido com todo rigor, estando de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e com a Resolução 196/96, que visa sigilo profissional.

A presente pesquisa subdivide-se em 3 (três) capítulos. O primeiro capítulo é intitulado: “O Histórico do Surgimento do Sistema Único de Saúde no Brasil e os Níveis de Atenção a Saúde” o qual contextualiza o nascimento do SUS na sociedade brasileira, bem como os níveis de Atenção a Saúde.

O segundo capítulo foi denominado de: “Políticas Públicas de Atenção a Saúde no âmbito do Trabalho do Assistente Social no *Home Care*” que discorre sobre as origens e legislação que embasa o serviço de atendimento domiciliar bem como a inserção do profissional assistente social na equipe multiprofissional que atua na equipe do atendimento domiciliar.

Já no terceiro capítulo chamado de: “A Atuação do Serviço Social no *Home Care*: relatos de assistentes sociais do Hospital Haroldo Juaçaba” são descritos a experiência da pesquisa de campo, os relatos sobre a vivência de um assistente social que atua no *Home Care* do Hospital Haroldo Juaçaba, bem como os principais obstáculos enfrentados pelo mesmo no cotidiano do exercício profissional correlacionando com as Políticas Públicas direcionadas à Atenção Básica.

## **2 HISTÓRICO DO SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO A SAÚDE**

### **2.1 Breve histórico sobre o Nascimento do Sistema Único de Saúde no Brasil**

O sistema de saúde brasileiro, ao longo de sua trajetória, foi forjado de forma que ao passarmos os olhos sobre sua história percebe-se que o mesmo adquiriu características peculiares às quais acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico. Segundo Aguiar (2011, p. 17), que retrata tal evolução histórica do sistema de saúde brasileiro: “a evolução da política de saúde se deu em estreita relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira”.

No período de 1500 a 1822, o Brasil, como colônia de Portugal, tinha sua produção econômica realizada por meio dos ciclos do açúcar e da mineração, à base do trabalho escravo, com destino ao comércio internacional, de acordo com os interesses da Coroa Portuguesa. Segundo Aguiar (2011, p. 18): “[...] neste período houve um crescimento da produção do café, que embora se destinasse a exportação, dinamizou o comércio interno, promovendo mudanças na estrutura social resultando no aumento do poder da burguesia local, o que culminou, em 1989, com a Proclamação da República”.

Quanto ao quadro sanitário, do Brasil Colônia e Imperial, a mesma autora afirma que: “[...] esse se caracterizava pela existência de diversas doenças transmissíveis, trazidas inicialmente pelos colonos portugueses e, posteriormente pelos escravos africanos e diversos outros estrangeiros que aqui chegavam para fins de comércio ou por imigração” (IDEM, 2011, p. 18).

Tais doenças se tornaram endêmicas e outras provocaram epidemias assustadoras que acabavam por dizimar enormes contingentes populacionais. Aguiar relata ainda que: “[...] eram frequentes as doenças transmissíveis, tais como: a lepra, conhecida como hanseníase, a tuberculose, a febre amarela, cólera, a malária, a varíola, a leishmaniose” (AGUIAR, 2011, p. 18). Além disso, é importante que se ressalte, ainda em relação ao mesmo período, a existência de doenças provocadas por destruição, acidentes por animais peçonhentos e as decorrentes das aglomerações urbanas nas cidades e das condições precárias de trabalho nas lavouras.

De acordo com as próprias palavras da autora Aguiar:

Não se pode falar da existência de uma política de saúde no período colonial e imperial. No entanto, eram tomadas medidas que visavam minimizar os problemas de saúde pública que afetavam a produção econômica e prejudicavam o comércio internacional (AGUIAR, 2011, p.18).

Segundo Lima (2000), que também discorre sobre a construção histórica da saúde pública brasileira, entre o século XIX e XX, o Brasil foi acometido por uma crise sanitária em virtude da sucessão de epidemias e endemias, tais como: malária, varíola, febre amarela, tuberculose, dentre outras, que afetou a população e até mesmo a economia. Assim, nasceram as primeiras políticas públicas direcionadas para a área da saúde, pois essas epidemias e endemias obrigaram o governo da época a realizar as primeiras grandes campanhas em prol da saúde pública. Ressaltando que tais campanhas tiveram a intervenção do médico Oswaldo Cruz, no entanto, ainda segundo a mesma autora:

[...] as imagens que associavam o Brasil a doenças, especialmente às de natureza transmissível, ao contrário do que a primeira impressão pode indicar, são relativamente recentes em nossa história. Até a segunda metade do século XIX, prevalecia a ideia de “um mundo sem mal”, caracterizado por uma natureza e um clima benévolos e pela longevidade de seus habitantes, conforme expressão utilizada por Sérgio Buarque de Holanda, em *Visões do Paraíso*, para se referir às impressões suscitadas pelos textos de cronistas e viajantes (Lima, 2000, p. 38).

A mesma autora coloca que essa visão do Brasil, no período colonial, como um paraíso só veio a se modificar no final do século XIX, a partir do momento em que as principais cidades, particularmente a cidade do Rio de Janeiro, então capital do Império, passou a ser considerado um celeiro de doenças.

Segundo Lima (2000, p. 39):

O impacto da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, de 1849 a 1850, alterou sensivelmente essa imagem pública. O fato de ter feito vítimas fatais na elite favoreceu a compreensão do quadro sanitário do Brasil como um problema científico e político importante, ampliando a repercussão das polêmicas médicas sobre o assunto.

No entanto vale ressaltar que, muito embora para a classe política e a elite governante a questão da saúde pública só veio a ser de fato vista como um problema de

políticas públicas a partir do início do século XX, no que se refere ao atendimento a pessoas enfermas no Brasil, as primeiras Casas de Misericórdias surgiram na década de 1539 e se destinavam ao abrigo dos doentes, indigentes e viajantes, sem assistência médica e tratamento aos problemas de saúde (AGUIAR, 2011).

Desse modo, vale deixar registrado que, a história dos cuidados com saúde para com a população brasileira passa, pelo cunho filantrópico religioso, onde por meio da caridade, as pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, até o início do século XX, o Estado fazia algumas ações de saúde pontuais, basicamente devido às epidemias, como ações de vacinação (AGUIAR, 2011).

Naquele período, somente os ricos tinham acesso e direito a médicos. Já as pessoas vulnerabilizadas pela pobreza restavam apenas o atendimento em benzedadeiras e na caridade das pessoas, em hospitais filantrópicos. Com a divulgação das epidemias as elites dominantes, passaram a se preocuparem com a imagem do país, pois, diante de tal problema, os mesmos não atrairiam imigrantes, perdendo assim, pessoas para a produção e para as colheitas, o que levou ao início da produção de vacinas (AGUIAR, 2011).

Portanto, ainda de acordo com a mesma autora, somente no início do século XX, surgiram os processos de saúde no país, pautado no desenvolvimento da ciência e na divulgação das epidemias, como por exemplo: da febre amarela, cólera, varíola dentre outras.

Somente entre os anos de 1902 a 1906, no Governo de Rodrigues Alves, ocorreu a primeira medida sanitária no país, após várias doenças graves como varíola, malária, febre amarela terem se espalhado facilmente. Quando o então Presidente Rodrigues Alves, nomeou o médico Oswaldo Cruz que instituiu a vacinação antivaríola obrigatória através da Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, obrigatória para todo o território nacional. Além disso, como forma de solucionar o problema, dado o caos na saúde pública, foram convocadas 1.500 pessoas para ações que invadiam as casas queimavam roupas e colchões. Tais medidas acabaram por gerar conflitos com a população, após a institucionalização da vacinação antivaríólica, levando a população a sair às ruas culminando na chamada Revolta da Vacina, o que acabou levando ao afastamento de Oswaldo Cruz (AGUIAR, 2011).

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial. Para tanto, segundo Aguiar (2011, p. 22): “[...] criaram-se órgãos

especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados”.

Portanto, como pode ser observado a partir das próprias palavras da autora, acima, somente a partir da criação do Instituto Oswaldo Cruz é que foram criados órgãos especializados visando combater doenças específicas que assolava a população brasileira. Paralelamente a isso, em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Através destes movimentos os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais. Assim que, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) (BRAVO, 1996).

Essas instituições eram mantidas pelas empresas que passaram a oferecer esses serviços aos funcionários. Tendo estas entre suas atribuições, além da assistência médica ao funcionário e a família, a concessão de preços especiais para medicamentos, além de aposentadorias e pensões para herdeiros, todavia, essas CAPs só valiam para funcionários urbanos (BRAVO, 1996).

De acordo com Bravo (1996), durante este período foi possível observar um crescimento da medicina liberal, que era utilizada pela classe dominante e com poder aquisitivo, restando à maioria da população brasileira, que não tinha direito as CAPs, apenas os serviços oferecidos pelos escassos hospitais filantrópicos mantidos pela Igreja ou a prática popular da medicina.

Esse modelo só começa a mudar a partir da Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas toma o poder e cria o Ministério da Educação e Saúde e as CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), a partir da década de 1933. Agora, através do novo modelo sindicalista de Vargas, os IAPs passam a ser dirigidos por entidades sindicais e não mais por empresas como as antigas CAPs. Portanto, nesses institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional, como por exemplo: marítimos, comerciários, bancários, dentre outras, e não pelas empresas (BRAVO, 1996).

De acordo com Nicz (1982), os IAPs foram criados, a partir da década de 1930, de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Desse modo, no ano de 1933 surgiu o primeiro Instituto de Aposentadoria e

Pensões dos Marítimos (IAPM), no ano seguinte foram criados o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), em 1936, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) e, em 1938, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL).

Ainda conforme o mesmo autor, os IAPs, além de servirem como importante mecanismo de controle social até meados da década de 1950, também possuíam um papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como “instrumento de captação de poupança forçada”, através de seu regime de capitalização (NICZ, 1982).

No que diz respeito à política de saúde adotada, essa reforça a antiga dicotomia: as ações de caráter coletivo sob a gestão do Ministério da Educação e Saúde, conhecido por modelo sanitarismo campanhista, o qual separava as ações curativas e individuais, vinculadas aos IAPs, reforçando a dualidade do modelo assistencial (BRAVO, 1996). Portanto, de acordo com Aguiar (2011) e Bravo (1996) o modelo de previdência que norteou os anos de 1930 a 1945, no Brasil, foi de orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930).

Nesse momento é importante reafirmarmos, conforme deixam claros os autores discorridos, ao longo da construção deste capítulo, a construção dos serviços de saúde, disponibilizados para a população brasileira se deu por meio de um longo processo histórico de lutas e embates, os quais demonstram a correlação, e assim, um viés existente entre questões econômicas e sociais, haja vista que em muitos momentos fatores econômicos se sobreporão ao social, ou só vieram a serem disponibilizados serviços de saúde devido a necessidade imposta pelo setor econômico.

Cabe destacar ainda que, através Decreto número 27.664, de 30 de dezembro de 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os IAPs e CAPs ainda remanescentes. De acordo com seu Art. 1º:

[...] entidade de âmbito nacional, com sede e fôro na Capital da República, subordinado ao Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, tem por finalidade prestar assistência médica de urgência, em ambulatórios e hospitais a êsse fim destinados, bem como no domicílio ou local de trabalho, aos segurados ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, Comerciantes, Bancários, Marítimos e Empregados em Transportes e Cargas e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (BRASIL, 1949).

Ainda em relação ao percurso histórico da saúde pública no Brasil, é a da segunda metade da década de 1950, com o maior desenvolvimento industrial, com a aceleração da urbanização, e o maior número de indivíduos assalariado, ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, viabilizando assim o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários (NICZ, 1982).

A afirmativa de Nicz (1982) está embasa em dados, de acordo com o mesmo autor, em 1949, as despesas com assistência médica representaram 7,3% do total geral das despesas da previdência social. Em 1960 já sobem para 19,3%, e em 1966 já atingem 24,7% do total geral das despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária.

Neste período, também surgem aparelhos modernos e médicos especialistas e, em 1953, é criado o Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953, Lei nº 1.920, de 25/07/1953. Sendo que, o mesmo veio com o objetivo de fortalecer as ações em saúde pública, medicina preventiva e medicina especializada. Cabe lembrar que, foi nesse período que surgiram também os sanatórios e leprosários (AGUIAR, 2011).

Quanto no período em que foi criado o Ministério da Saúde, a estrutura da saúde pública era centralizada em programas e serviços verticalizados para programar campanhas e ações sanitárias. Sendo que nessa época, as discussões no campo de saúde pública interligavam a associação entre saúde, doença, problemas de desenvolvimento do país e a existência da pobreza (AGUIAR, 2011).

Desse modo, neste período histórico, quem necessitava de assistência em saúde era obrigado a comprar os serviços profissionais e àqueles que não dispunham de recursos restava à medicina popular, as Santas Casas e os hospitais militares (AGUIAR, 2011).

Já o Governo Juscelino Kubitschek (1956 a 1960), promoveu grandes transformações econômicas, tendo como principais características de seu governo a ênfase dada para o desenvolvimento, deixando em segundo plano as políticas sociais, tidas como paliativas. Nesse contexto, a saúde pública obteve modestas conquistas, tendo em vista que, os IAPs fortalece o modelo de assistência medica curativa aos assegurados na perspectiva de manutenção do trabalhador saudável para a produção (BRAVO, 1996).

Assim, até o final da década de 60, os serviços hospitalares apresentavam elevada complexidade, grande importação de medicamentos e equipamentos, crescente formação profissional de médicos e outras categorias profissionais da saúde. A lógica da organização

dos serviços de saúde no Brasil era pautada em um modelo que enaltecia a prática médica, hospitalocêntrica (BRAVO, 1996).

No entanto, cabe destacar em relação à saúde pública, no período que compreende a década de 1960, que ocorreram dois fatos importantes, quais sejam: o primeiro a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, a qual unificou e uniformizou as normas infraconstitucionais existentes sobre a Previdência Social, além de criar: o auxílio natalidade, o auxílio funeral e o auxílio reclusão; o segundo fato ocorrido se deu no ano de 1967, por meio da alteração de dispositivos da LOPS, que unificou todos os IAPs criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (NICZ, 1982).

Nas palavras do autor:

O processo de unificação previsto em 1960 se efetiva em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do 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 (NICZ, 1982, p. 175).

Essa década, também é marcada pelo crescente descontentamento da população e de setores da sociedade, principalmente no que tange à saúde, alimentando assim, a discussão sobre a reformulação das políticas de saúde culminando em um movimento por um novo sistema de saúde no país, o qual ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (BRAVO, 1996).

Ainda em relação ao movimento da saúde pública brasileira a contextualização da década de 1970, é muito bem esclarecida por Escorel (1995), ao afirmar que o ano de 1974, ano em que foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), representa um marco divisor entre a medicina preventiva e a assistência médico-hospitalar e ambulatorial dos pobres, sem carteira de trabalho, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

Os anos de 1980, no Brasil, foram marcados por crise política, social e econômica, tendo em vista que, o povo brasileiro estava insatisfeito, ganhando força assim, o movimento da reforma sanitário. Ao longo dessa década após sucessivas mudanças culminaram na universalização do atendimento, o que significou uma transição para a implantação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88). Ressaltando que, em março do ano de 1986,

em Brasília, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se propôs um novo Sistema Nacional de Saúde (SNS) (ESCOREL, 1995).

A partir desse marco inicial a concepção de saúde ganhou um sentido mais abrangente, resultado das condições básicas de vida, da liberdade de expressão e da garantia de acesso aos serviços de saúde. Destacamos ainda que, foi o primeiro momento histórico no país em que questões relacionadas à saúde coletiva, à prevenção de doenças e promoção à saúde começam a ser discutidas amplamente (ESCOREL, 1995).

Portanto, a partir da CF/88, que incorporou muitas propostas de melhorias sugeridas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreram mudanças no papel do Estado: houve um direcionamento da participação social na formulação de políticas públicas. Neste momento surge o SUS, o qual foi concebido dentro de uma perspectiva de mudança na situação de desigualdade na assistência a saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão (ESCOREL, 1995).

Tais afirmações de Escorel (1995) podem ser observadas a partir de inúmeros artigos que tratam da saúde dispostos na CF/88, dentre esses destacamos aqui: o Art. 6º, o qual informa que a saúde é um direito social; O Art. 23, inciso II, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possuem competência comum para cuidar da saúde; O Art. 30, inciso VII, confere aos Municípios a competência para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (BRASIL, 1988).

Além dos artigos constitucionais supracitados de acordo com o Art. 196, a saúde passou a ser considerada como 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. O Art. 197 reconheceu que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por intermédio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Já o Art. 198 formulou a estrutura geral do SUS, considerando-o uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 155 e dos recursos de que tratam os Art. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 156 e dos recursos de que tratam os Art. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º (BRASIL, 1988).

Conforme pode ser observado por meio da hierarquização e das atribuições do SUS, por meio do Art. 198, supracitado e Art. 200, abaixo, dispostos na CF/88, essas transformações ocorridas na referida Constituição Federal, que descentralizaram a política e a administração da saúde pública no Brasil, o representou um grande avanço, pois estabeleceu novos mecanismos de atendimento e financiamento para a mesma (BRAVO, 1996).

O Art. 200 da CF/88 deixa explícito de forma clara as atribuições do SUS, como segue:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Diante disso, para a efetiva implantação do SUS, foi necessário criar uma legislação própria que organizasse detalhadamente todos os serviços do sistema, a qual foi denominada de Leis Orgânicas da Saúde (LOS), aprovada no ano de 1990, constituindo-se pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142 que discorrem sobre todas as ações dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Já como forma de regulamentação do SUS foi criada, ainda, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/96), a qual é resultado de amplo e participativo processo de discussão, que culminou com a assinatura da Portaria N. 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996 (BRASIL, 1997). Assim, a referida norma operacional possui como objetivo: “regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social” (BRASIL, 1997, p. 05).

Portanto, a NOB-SUS/96 é um instrumento de regulamentação do SUS:

[...] além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 1997, p. 05).

A NOB-SUS/96 não só estabelece as funções e responsabilidades de cada esfera de governo, como determina o desenho de reorientação do modelo assistencial brasileiro, dividindo os campos de atuação à saúde, que é o conjunto de ações postas em prática pelo SUS, a nível: federal, estadual e municipal, para o atendimento as demandas da população brasileira, em três grupos, quais sejam:

- a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e
- c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos (BRASIL, 1997, p. 07).

Nos três campos referidos, acima, estão todas as ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo (BRASIL, 1997).

Como pode ser observado, o campo de pesquisa que compõem esse trabalho, intitulado “Serviço Social na Atenção Domiciliar (*Home Care*): Relatos e Vivências de uma assistente social que atua na equipe multidisciplinar no *Home Care* do Hospital Juaçaba” está

inserido no primeiro grupo do campo de atuação da saúde estabelecida pela NOB-SUS/96, supracitado.

Desse modo, a organização do SUS, no Brasil, está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de maior ou menor complexidade), conforme dispõe os Art. 8 e 7, II, da Lei 8.080/90 e do Art. 198 da CF/88, definindo assim, o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa (FALLEIROS; PONTE, 2010).

Como pode ser observado, por meio das colocações dos autores, acima, o Sistema de Saúde, no Brasil, foi concebido visando a partir de três pressupostos básicos que estão dispostos na Constituição Cidadã de 1988, quais sejam: integração dos serviços, regionalização da saúde e divisão por nível de complexidade.

## **2.2 Os níveis de Atenção à Saúde**

Com relação aos níveis de Atenção à Saúde por complexidade, a organização dos serviços de saúde à população é dividida em três níveis: atenção básica ou baixa complexidade, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade, sendo que todos os níveis têm atendimentos específicos.

O Atendimento Primário em Saúde (APS) ou de baixa complexidade, é o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS. Constituindo-se por um conjunto de ações direcionadas para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Tendo como objetivo solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância da população, ressaltando que, todas as ações são de responsabilidade municipal (BRASIL, 2004). Fazem parte do APS:

1. O programa Estratégia Saúde da Família (ESF), funciona por meio de triagem e encaminhamento dos indivíduos atendidos pelo mesmo. Dessa forma, vale salientar que os profissionais que atuam nesse programa visam resolver problemas de saúde mais comuns, além disso, elaboram programas educativos e de prevenção a doenças. No que se refere aos programas educativos e de prevenção, esses, possuem por objetivos a promoção de mudanças nos: hábitos, costumes alimentares, higiene pessoal, dentre outras. Além disso, a APS oferece serviços de

saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo porta de entrada para o SUS, haja vista que, na UBS são classificadas as demandas por tipo de assistência (baixa, média e alta complexidade);

2. Vigilância Epidemiológica, a forma de atuação se dá por meio de um conjunto de ações que visam à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, possibilitando assim recomendar ou adotar medidas de prevenção e controle de doenças;
3. Vigilância Sanitária atua por meio de ações que visam eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de problemas sanitários que decorrentes: do meio ambiente; da produção e da circulação de bens; e da prestação de serviços;
4. Vigilância Ambiental, suas ações possuem o objetivo de: conhecer; detectar; e prevenir, possíveis doenças que possam surgir devido a fatores relacionados ao meio ambiente;
5. Vigilância à Saúde atua monitorando a saúde e as doenças dos grupos sociais. Para tanto, foca, além das doenças já desenvolvidas pelos grupos populacionais atendidos, mas na detecção precoce de critérios que evidenciem os problemas e as necessidades de saúde;
6. Saúde do Trabalhador possui seu objetivo de atuação à promoção e prevenção da saúde do trabalhador, direcionando esses indivíduos de acordo com os níveis de complexidade;
7. Assistência Farmacêutica possui a finalidade de assegurar o acesso e a disponibilidade de medicamentos da farmácia básica, de medicamentos, como por exemplo: antibióticos, antitêrmicos, analgésicos etc. (BRASIL, 2004).

O Atendimento Secundário em Saúde (ASS), ou de média complexidade, é prestado por meio de uma rede de unidades especializadas, ambulatorios e hospitais, garantindo o acesso à população sob sua gestão. Está baseada na organização do Sistema Microrregional dos Serviços de Saúde, de acordo com a definição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que tem como objetivo definir as diretrizes para organização regionalizada da Atenção Secundária. A organização da Atenção Secundária se dá por meio de cada uma das microrregiões do Estado, onde há hospitais de nível secundário que prestam assistência nas especialidades básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia), além dos serviços de urgência e emergência, ambulatório eletivo para referências e assistência a pacientes internados,

treinamento, avaliação e acompanhamento da Equipe de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2004).

Dessa forma, a ASS, atende casos de urgência e de emergência. Nesse tipo de atenção, enquadra-se o atendimento de clínicas médicas, pediátricas, consultas ambulatoriais eletivas e de especialidades e se necessário, é referenciado para atender serviços de alta complexidade.

O Atendimento Terciário em Saúde (ATS) é a atenção da saúde de terceiro nível ou de alta complexidade prestado pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados. A ATS é organizada em polos macrorregionais. Portanto, a ATS atende os casos mais graves, incluindo internações, cirurgias, partos de risco, especialidades e assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), (BRASIL, 2004).

Com base nos níveis de APS, a atenção domiciliária, é uma possibilidade de integração dos trabalhadores atuantes em instituições hospitalares com os trabalhadores que atuam no APS, pois a serviço do *Home Care*, pode se desenvolver em vários momentos, com diversos trabalhadores e não sendo apenas de domínio da equipe de atenção primária ou secundária. Tal afirmativa é observada além do CFM através da Resolução CFM 1868/2003, onde insere e destaca o papel do Serviço Social, a Resolução ANVISA RDC nº 11/2006, através do regulamento técnico para assistência domiciliar, a Resolução do Conselho Feral de Enfermagem (COFEN) nº 0464/2014, deixa claro em seu Art. 3, § 3º, que a atenção domiciliar pode ser executada no âmbito da Atenção Primária e Secundária, por Enfermeiros ou em equipe multidisciplinar por instituições públicas, privadas ou filantrópicas que ofereçam serviços de atendimento domiciliar (COFEN, 2014).

Dessa forma, observando as resoluções trazidas na parte introdutória deste trabalho e a resolução do COFEN (2014), fica evidenciado que o atendimento domiciliar, da equipe multiprofissional, e em especial do Serviço Social, atuam tanto a nível primário como secundário. Além do mais, Kerber, Kirchho e Cezar-Vaz (2008) afirmam que, o espaço de assistência domiciliar pode ser orientado para cada uma destas equipes ou para ambas de atenção a saúde.

As autoras supracitadas embasam suas afirmativas de que a atenção domiciliária começa a ser repassada de uma instituição de saúde, citando como exemplo:

[...] um cliente que recebe alta hospitalar para continuidade do tratamento em nível domiciliar e que este cuidado é realizado inicialmente pela equipe de atenção domiciliária do hospital; após estabilização do quadro clínico, a equipe de atenção domiciliária da rede básica de saúde pode assumir o cuidado. Há um compartilhamento no planejamento do cuidado posterior pelas duas equipes e a hospitalar pode ser novamente acionada, caso necessário (KERBER; KIRCHHO; CEZAR-VAZ, 2008, p. 490).

Assim, como pode ser observado através das palavras das autoras supracitadas é possível afirmarmos que para um melhor atendimento faz-se necessário um aporte de toda a estrutura da área da saúde no que diz respeito à alta hospitalar, dada a possibilidade de se construir um elo contínuo entre o atendimento hospitalar, a equipe de atenção domiciliar e a rede básica de saúde.

Portanto, reiterando o que as autoras acima mencionadas, quando pensamos em atendimento domiciliar há de se pensar o serviço, não apenas no âmbito hospitalar, mas também na APS. Desse modo, o próximo capítulo 3.1, trata especificamente do trabalho do assistente social no *Home Care*, para tanto, buscamos nos referendar nos parâmetros que dão sustentação para a atuação desses profissionais.

### **3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO *HOME CARE***

#### **3.1 A Política Pública direcionada para a atenção à saúde e atuação do assistente social na saúde**

A atuação do assistente social no *Home Care* os pressupostos teóricos abaixo descritos se deram a partir de questões que contemplaram a saúde suplementar e o trabalho do assistente social na saúde suplementar, mais especificamente no cuidado domiciliar, bem como nas Leis que são utilizadas como parâmetros para o exercício profissional do assistente social, os quais foram correlacionados com as transformações socioeconômicas de nossa sociedade.

Tal afirmativa, supracitada, ancora-se nas transformações que vêm ocorrendo no âmbito da família e das políticas sociais nos últimos tempos e destas com outras esferas da sociedade, por exemplo, o Estado e o mercado, o que nos levou a refletir sobre as práticas profissionais direcionadas principalmente a família nas áreas da justiça, educação e em especial da saúde (CRUZ, 1999).

Entretanto, a intensidade dessas transformações e o redimensionamento das estruturas, incluem tanto discussões sobre a própria organização familiar como as novas propostas, tais como o lugar da família no processo de cuidar, que vêm sendo construído no sentido de proporcionar, especialmente na área da saúde, atenção integral e qualidade de vida às pessoas ou grupo de pessoas, os quais o Serviço Social trabalha principalmente no âmbito da garantia de direitos (CRUZ, 1999).

Entre essas propostas, a assistência domiciliar a saúde, vem sendo apresentada como um modelo que segundo Cruz (1999, p. 14) é: “[...] capaz de contemplar as necessidades do momento”. No setor da saúde, vem consistindo uma das alternativas capaz de representar uma revolução na esfera do cuidado com o doente, obtendo por consequência, notoriedade, e sendo defendida como o segmento de assistência à saúde pautado no cuidado e na humanização, com baixos custos, além de ser considerada uma prática moderna de assistência, tanto pelos planos de saúde privados como pelo setor das políticas públicas de saúde.

Ainda em relação à mesma questão, Carvalho (2003) afirma que, hoje, fala-se menos em internação hospital e mais em internação domiciliar, não hospitalização, assistência

domiciliar, *home care*, além dos programas existentes ligados à saúde da família, aos centros de acolhimento, a reabilitação e a convivência.

Carvalho (2003) define internação domiciliar como sendo o cuidado, o acompanhamento e o atendimento a pacientes crônicos, idosos, tratamentos paliativos e procedimentos de baixa complexidade, tem como proposta a sua realização no domicílio, sendo estes, realizados pelas famílias e acompanhados por equipes multiprofissionais, como por exemplo, os assistentes sociais que compõe a equipe multidisciplinar do atendimento domiciliar do Hospital Haroldo Joaçaba.

Para Cruz atendimento domiciliar pode ser definido como:

[...] um modelo de assistência baseado no suporte de cuidados ao paciente que foi transferido do serviço de internação hospitalar para continuar a ser tratado em casa. Nesse caso, exige-se um acompanhamento contínuo (diário) e, às vezes, ininterrupto do cuidador. Há casos em que é necessário manter cuidados de enfermagem por vinte e quatro horas, oxigênio, respirador e outros materiais necessários. Além disso, o doente deve contar com uma central de atendimento 24 horas para a solução de emergências, com médico disponível e transporte, para orientar a atender às necessidades urgentes.[...] **é um conjunto de atividades relacionadas à saúde, oferecidas aos pacientes em sua residência, tais como cuidados multiprofissionais envolvendo atenção médica, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e outras categorias, não necessariamente pertencentes à equipe visitadora do paciente, como farmacêutico.** O doente recebe visitas semanais ou quinzenais dos profissionais para acompanhamento (CRUZ, 1999, p. 24). [grifos nossos]

Como pode ser observado nas palavras de Cruz (1999) e Carvalho (2003), o atendimento domiciliar é composto por uma equipe multiprofissional onde se encontra inserido o assistente social, o qual intervém não somente com medidas relacionadas diretamente com o paciente, mas também com a família como os mesmos autores deixam às claras.

Reiterando a afirmativa anterior, a OMS define cuidados paliativos: como cuidado multidisciplinar ativo, dirigido a pacientes e seus familiares, quando se está diante de uma doença fora de possibilidade de cura. Este tipo de cuidado engloba principalmente tratamento da dor, alimentação, atenção de higiene e conforto, quando o paciente se torna restrito ao leito e outros procedimentos necessários para que o paciente não sofra nessa fase de sua vida (OMS, 1990).

Com relação à equipe multiprofissional, todas as equipes que atuam na área da saúde, em especial, do *Home care*, atuam em conjunto, desenvolvendo trabalhos sem que haja uma

hierarquia. Entretanto, mesmo não havendo uma hierarquização, as ações do grupo devem ser preparadas e executadas de forma organizada e integrada, sempre baseadas na ética comum a todos, visando o benefício do paciente. Para tanto, a coordenação dos integrantes, e conseqüentemente dos objetivos, deve ser estabelecida por período determinado, em votação ou consenso da própria equipe (CHIBA, 2001).

Segundo Lusvarghi (2000), o *home care* é um serviço de apoio integral, por meio de uma equipe multiprofissional ao paciente e sua família, pois não apenas o paciente recebe orientação e cuidados, bem como todo o grupo familiar no qual está inserido, nas palavras do autor:

A tônica em assistência domiciliar é o triângulo paciente, família e equipe multiprofissional. A família é o centro das ações educativas, o paciente é o foco de atenção e vigilância, e a equipe é o segmento de suporte a necessidades que irão surgir com a evolução da doença (LUSVARGHI, 2000, p.44).

Como pode ser observado por meio das palavras de Lusvarghi (2000), supracitada, é possível correlacionarmos com as afirmativas de Carvalho (2000), que também trata da questão da família no atendimento domiciliar colocando que, quando falamos do “cuidado”, colocamos em evidência “outro”, e neste caso ressaltamos a família, pois ela sempre se constituiu na história da humanidade como o núcleo central, organizada no espaço privado, como o lugar do cuidado e para o cuidado acontecer (CARVALHO, 2002).

Ainda segundo o mesmo autor, desde a literatura mais remota, a família vem sendo estudada e pesquisada pelos diversos teóricos como a instituição central na vida das pessoas, é o espaço de apoio e agente de suporte para cuidado dos seus membros na esfera privada do domicílio.

Nesse sentido Carvalho (2002, p. 19) afirma que: “em pesquisas recentes, se constatou que a família continua sendo um lugar privilegiado de proteção e de pertencimento a um campo relacional importante na reenergização existencial dos indivíduos”.

Na atualidade a família constitui-se como o *locus* e o sujeito de um envolvimento não mais passivo e instrumental, mas ativo, expressivo e tendencialmente simétrico, baseado em sua dinâmica de participação no processo de manutenção, promoção e recuperação da saúde, mediante significativa conexão e colaboração com o sistema formal de serviço

(CARVALHO, 2002). Assim, ainda tratando da assistência domiciliar e sua relação com a família, para o autor:

[...] é do ambiente da família que depende a estrutura para que se possam prestar o cuidado e a sustentabilidade para o tratamento, a acolhida e o apoio. A efetiva participação de seus membros e a disposição em enfrentar a situação do binômio saúde/doença constitui papel central na recuperação da pessoa que está recebendo o cuidado (CARVALHO, 2002, p. 20).

Entretanto, levando em consideração as afirmações de Carvalho (2002), devemos ter em mente que quando pensamos a relação atendimento domiciliar/família, as sociedades onde as estruturas privadas ditam a dinâmica da família, os cuidados paliativos, passam a serem prestados de forma parcialmente ou integralmente, pelo Estado ou pelo mercado.

Portanto, conforme já discorrido na construção deste trabalho, a prática de cuidar de pessoas que necessitam de algum tipo de atenção especial, como por exemplo: idosos dependentes, crianças, pessoas com deficiência, doentes crônicos, entre outros, em domicílio, não é nova, existe desde os primórdios da humanidade, o que difere do atendimento em domicílio é a inserção de uma equipe multiprofissional em especial do assistente social a domicílio, seja via Estado, seja via mercado.

No Brasil, para se analisar a origem de um sistema de proteção social domiciliar e o trabalho do assistente social com cuidados paliativos, segundo Nogueira (2002), deve-se tomar como ponto de partida a década de 1970, onde a expressão: “reforma do setor de saúde”, passou a ser utilizada nos países de economia capitalista, para indicar as transformações que vêm se processando nos modelos organizacionais de atenção à saúde.

A reforma tem sido definida como um processo de mudança contínua e sistemática em um ou mais segmentos do sistema público de saúde, principalmente em programas de atendimento direto à família, e em Programas de Saúde da Família (PSF) (NOGUEIRA, 2002).

Assim, a assistência domiciliar, foi regulamentada tanto para o setor público quanto para o setor privado. No setor público, a assistência domiciliar foi regulamentada pela Lei Complementar nº 10.424 de 15 de abril de 2002, que veio acrescentar o Capítulo VI e o Art. 19-I à Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2002). Assim, são subsistemas de atendimento e internação domiciliar no âmbito do SUS, segundo o Art. 19-I incisos:

**§1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.**

§2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 2002, p. 57). [grifos nossos]

Portanto, como pode ser observado a partir da Lei Complementar nº 10.424/02, foi regulamentado o atendimento e internação domiciliar no setor público, regulamentando o trabalho nessa área de inúmeros profissionais dentre esses o do Serviço Social.

No setor privado, a regulamentação ocorreu por meio da Agência Nacional de Saúde (ANS) através do Projeto de Lei 7.417/02 de autoria do Deputado Federal Dr. Hélio, do PDT-SP, o qual modifica a Lei nº 9.656/98. A referida lei passou a regulamentar os planos de saúde privado, bem como os hospitais que atendem as demandas desse setor no âmbito privado.

Assim, conforme o Art.12 da Lei nº 9.656/98: São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de saúde [...], segundo as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

**c) cobertura de atendimentos domiciliares, realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.** [grifos nossos]

Como pode ser observado no setor privado de saúde a oferta do serviço de *home care*, foi incluída na alínea “c”, conforme grifamos. Além disso, foi incluído ainda, no Art. 12 da mesma Lei o § 4º que trata da cobertura de atendimentos e internações domiciliares, passando a incluir os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio (BRASIL, 2002).

A respeito do atendimento domiciliar Nogueira e Miotto (2008), entendem que o assistente social é um dos profissionais que pode contribuir diretamente com o Programa de Cuidado Domiciliar, intitulado *Home Care*. Nesse sentido o envolvimento e a participação

direta destes profissionais em movimentos, conselhos e outras organizações que lutem por uma política de saúde de resolutividade, bem como o seu incentivo para que a população se organize e busque os seus direitos, é fundamental.

Destacamos, como exemplo da afirmativa acima citada pelas autoras, a Lei Complementar, que tornou obrigatório a inclusão de inúmeros profissionais no atendimento domiciliar dentre esses, o assistente social.

Desse modo, cabe ao assistente social destacar a necessidade da adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, alertando para os riscos pertinentes a toda estrutura que envolve o cuidado domiciliar (NOGUEIRA; MIOTO, 2008).

O profissional do Serviço Social pode ainda usar o seu instrumental técnico-operativo para:

1. Intervir diretamente com o fornecimento de informações úteis aos cuidadores;
2. Favorecer a articulação da rede para o atendimento não só do doente, mas dos familiares;
3. Acompanhar e apoiar a família, dando especial aos cuidadores pela escuta sensível e busca da garantia de acesso aos direitos preconizados ao doente. (NOGUEIRA; MIOTO, 2008, p. 47).

Assim, a partir das afirmativas das autoras supracitadas, e com a inclusão do Serviço Social, é possível afirmarmos que, o assistente social pode construir um trabalho em conjunto no cuidado domiciliar, oportunizando a vivência de trabalho em equipe interdisciplinar no campo de conhecimento da saúde coletiva.

Cabe aqui um parênteses sobre o conceito de interdisciplinaridade, haja vista, a relevância do significado da mesma para o tema estudado. Assim, para que se tenha uma compreensão clara dos conceitos de interdisciplinaridade devemos ter em mente, que é um processo de desenvolvimento, de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades de uma determinada situação, propiciando justamente um trabalho diferenciado devido às diversas óticas, saberes que passam a se integrarem, voltando-se para a construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (NOGUEIRA; MIOTO, 2008).

Segundo Rizzotti que também trata da interdisciplinaridade a mesma:

A interdisciplinaridade apresenta, hoje, duas dimensões bem demarcadas, embora interligadas e interdependentes, com determinações e procedimentos diferenciados: a dimensão relativa à construção do conhecimento e a que se refere à ação

interventiva, em outras palavras, uma que diz respeito ao universo epistemológico e outra à práxis interventiva. Portanto, exige, para uma análise e proposições operativas, categorias analíticas distintas, construídas a partir de recortes da realidade, que são os objetos de pesquisa e intervenção (RIZZOTTI, 1991, p. 12).

Como pode ser observado Rizzotti (1991), aprofunda o conceito de interdisciplinaridade apresentado por Nogueira e Miotto (2008), dividindo-a em duas dimensões, quais sejam: a epistemológica, nos debruçando sobre a palavra, vem do grego e pode ser traduzido como “estudo do conhecimento” ou “teoria do conhecimento”. Desse modo, a primeira dimensão em que está inserido o trabalho da equipe multidisciplinar diz respeito à produção do conhecimento, viabilizada a partir de novos olhares haja vista a interdisciplinaridade da equipe.

Já a segunda, a práxis interventiva, nos debruçando novamente sobre os significados dessa palavra ligada ao trabalho da equipe multiprofissional, a palavra práxis é derivada do grego e significa, em um sentido amplo, a atividade humana em sociedade e na natureza. Portanto, a partir do trabalho desenvolvido pelos profissionais que integram a equipe multiprofissional fazendo uso de sua práxis, dos instrumentos utilizados na prática é possível uma transformação material da realidade.

Martins (2006) define o trabalho da equipe multidisciplinar como:

[...] é um conjunto de habilidades, atribuições e tarefas. Consiste em modalidade de trabalho coletivo, que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, ou seja, apesar de cada integrante da equipe ter suas atribuições específicas, a junção e o sucesso de suas ações ocorrem devido a um intercâmbio de ações e também da comunicação entre os profissionais (MARTINS, 2006, APUD PEDUZZI, p. 88 2001).

Por fim segundo as próprias palavras de Martins (2006, p. 77), com relação à equipe multidisciplinar:

Atualmente, cada vez mais se tem exigido do profissional certas competências e habilidades técnicas, privilegiando o conhecimento amplo, mas também tem sido cada vez mais desejável uma percepção mais abrangente, dinâmica, complementar e integrada. Além das habilidades e competências técnicas, as habilidades relacionais que capacitam o indivíduo a estabelecer relações interpessoais têm sido solicitadas. Dessa forma, o trabalho em equipe, predispõe ao compromisso individual na tomada de decisão considerando um propósito comum, extremamente necessário no atendimento domiciliar à saúde, cujo papel e atribuição de cada profissional deve ser

clara e ao mesmo tempo favorecer o compartilhamento de tarefas e a cooperação para alcançar objetivos comuns.

Como pode ser observado por meio das afirmações dos autores supracitados, no que diz respeito à importância e os conceitos sobre o que consiste o trabalho multidisciplinar é possível afirmarmos que de um modo geral as concepções em relação a isso gravitam na mesma órbita. Tal afirmativa está ancorada por meio da observação e correlação que percebemos no momento do presente referencial teórico, entretanto, um aspecto que Martins (2006), acrescenta as afirmações dos demais autores diz respeito ao sucesso das ações que se devem segundo essa autora a comunicação entre esses diferentes profissionais que compõem a equipe multidisciplinar.

Portanto, como é observar em relação atendimento feito por meio do *home care*, na atualidade há uma nova dimensão em relação ao trabalho em equipe no sentido da divisão de responsabilidades entre os membros que fazem parte da equipe multidisciplinar, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde.

Retomando a inclusão do Serviço Social na equipe multiprofissional postas por Nogueira e Miotto (2008), assim, Merhy (1997) também reitera apontando que:

Nestes muitos anos de militância e acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores da saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reforma macroestruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada (MERHY, 1997, p. 72).

Portanto, diante desta perspectiva é possível superar a suposta dissonância existente entre a prática dos assistentes sociais e o projeto ético-político da profissão, entre a teoria e a prática e entre a intenção e a ação.

O assistente social pode ser aquele que, como membro da equipe multidisciplinar, assume o papel principal de “cuidar do todo”. Para tanto, deverá facilitar a compreensão da equipe sobre as representações da família, do cuidador e do próprio doente, esclarecendo e simplificando os demais profissionais. Além disso, será muito importante manter um vínculo sistemático com o cuidador, tanto para facilitar a sua relação com os demais da equipe, como

para escutá-los, apoiá-los e incentivá-los a descobrirem formas e meios de tornarem suas funções mais fáceis de serem desempenhadas e menos desgastantes (MERHY, 1997).

Segundo Andrade (2007), que também defende a importância do profissional assistente social compor a equipe multiprofissional no atendimento domiciliar, o mesmo pode ser o mediador entre a equipe médica o cuidador, e os familiares sem excluir a necessidade do contato direto entre ambos. Porém, ele pode ser a presença mais assídua, o tradutor de algumas linguagens técnicas, o mais habilidoso no acolhimento, incluindo a escuta e o apoio sempre atento às questões éticas e legais que devem nortear o seu trabalho, bem como delimitar o seu trabalho profissional.

Para que isso se efetive, é importante que o assistente perceba e interprete criticamente a realidade socioeconômica das famílias atendidas pela equipe multiprofissional. Pois muitas não possuem o mínimo de condição socioeconômica, física e emocional para oferecerem um cuidado domiciliar, o que se torna “mais uma carga” (ANDRADE, 2007).

A esse respeito Martins 2006 (apud MARTINS, 2003, p. 55), afirma que: “o contexto do indivíduo e de sua família sempre tem um passado, um presente e uma perspectiva de vida futura, e isso representa elemento diferencial com respeito a outros grupos, que têm uma estratégia de sobrevivência para o presente”. Dessa forma é possível se construir um projeto para o futuro e se avalia o que foi o passado.

Segundo a mesma autora:

Esse é o instrumento que leva os profissionais a conhecer não só o quadro clínico, mas o contexto, as condições de vida em termos econômicos, sociais e familiares. [...] A visita domiciliar facilita essa abordagem e permite ir além da avaliação e do acompanhamento do indivíduo, pois constitui uma maneira de estabelecer vínculo entre profissional, indivíduo e família. Vale ressaltar ainda que, nesse primeiro momento, inicia-se o estabelecimento de vínculo com o indivíduo e a família. Isso ajuda a clarear a situação familiar, suas relações, percepções sobre o processo saúde-doença, sua história e assim a traçar propostas em parceria com esse grupo para a solução de problemas (MARTINS, 2006, p. 81).

Por meio das palavras da autora, citadas anteriormente, observamos que o trabalho da equipe multidisciplinar envolve todo um contexto que não está relacionado apenas ao indivíduo que é atendido, mas também considera as suas condições socioeconômicas e familiares.

Por fim, Martins (2006) busca ancorar suas afirmações a respeito da família e sua importância no atendimento domiciliar a partir dos pressupostos de Cianciarullo (2002), ao colocar que a família requer uma atenção especial por parte da equipe multiprofissional. Segundo as palavras da autora:

A família tem como pressupostos básicos o desenvolvimento emocional, a socialização, a organização dos papéis e das relações de seus membros com a comunidade e a preservação do patrimônio. Atualmente constitui provavelmente o mais importante contexto no qual as ações de saúde materializam-se, buscando solucionar o processo saúde/doença. A participação da família inicia-se desde o momento da definição da necessidade de buscar ajuda, onde e com quem, passando pelo suporte às condutas indicadas pelos profissionais da área da saúde, até a finalização deste processo (MARTINS, 2006, apud CIANCIARULLO, 2002, p. 31).

Desse modo, reitera-se o que já foi trazido até o presente momento sobre a importância da família e sua relação com os aspectos econômicos que podem interferir na relação da família com o paciente.

Ainda em relação à questão das famílias no atendimento domiciliar, Andrade (2007) complementa as afirmações de Martins (2006) colocando que, devemos lembrar que existem inúmeros procedimentos burocráticos que precisam ser enfrentados, tais como: exames e tratamentos que requerem longos deslocamentos de quem não tem meios para pagar transporte; tempo de dedicação exclusiva de quem precisa trabalhar em tempo integral; e cuidados de higienização de quem não tem casa com condições sanitárias adequadas entre outras dificuldades.

Sendo assim, muitas dessas situações fogem do idealizado pela maioria dos membros da equipe de saúde, logo a interpretação do assistente social é fundamental, para que a equipe consiga desenvolver o programa dentro das condições reais dos usuários e assuma com eles a luta pelas condições necessárias a um tratamento fora do hospital (ANDRADE, 2007).

Para tanto, no processo de cuidado domiciliar, o assistente social deve participar desde o planejamento, possibilitando imprimir alterações concretas e visíveis na realidade, dando um contorno definido e identificável à sua ação profissional, e também às suas ações dentro do processo terapêutico do cuidado domiciliar. Assim como propor ou favorecer, quando já existente, a avaliação periódica do trabalho verificar a eficácia do atendimento, podendo apontar para a necessidade de buscar novas estratégias que possibilitem um melhor atendimento (ANDRADE, 2008).

É oportuno salientar que Iamamoto (2008), ao analisar sobre a atuação do assistente social no aparelho do Estado e em autores enfim de intervenção trás uma reflexão que pode ser aplicada ao trabalho do Serviço Social no *Home Care*.

Conforme as próprias palavras da autora:

De um lado a atuação do assistente social pode representar uma “invasão de privacidade” através de condutas autoritárias e burocráticas, como extensão do braço coercitivo do Estado (ou da empresa). De outro lado, ao desvelar a vida dos indivíduos, pode, em contrapartida abrir possibilidades para o acesso das famílias a recursos e serviços, além de acumular um conjunto de informações sobre as expressões contemporâneas da questão social pela via do estudo social (IAMAMOTO, 2008, p. 428).

Quanto a essa questão é preciso ter em mente que o profissional, ao entrar em um domicílio, necessita reconhecer o espaço domiciliar como íntimo, captar o significado da doença para a família, as condições de moradia e a organização da família, suas crenças e cultura. Entretanto, nunca poderá deixar de informar quais os melhores procedimentos e atitudes a tomar em determinadas situações de forma clara e acessível às condições da família (IAMAMOTO, 2008).

A respeito das questões levantadas por Iamamoto (2008), Martins 2006 (apud 2005, p. 22), coloca que:

O atendimento domiciliar à saúde cria um vínculo de melhora com a população e estimula a população a conhecer seus direitos e a utilizá-los de forma adequada e na hora certa. Dessa forma, esse vínculo é uma aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que facilita a assistência à saúde, a promoção da educação em saúde, o conhecimento dos problemas locais e auxilia a população na melhor forma de resolvê-los.

Portanto, segundo as palavras da autora, acima citada, o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional além de atuar diretamente com o atendimento ao paciente possui subsídios para atender a família e até mesmo na comunidade a partir do efeito multiplicador das informações relacionadas à garantia de direitos, passadas para as famílias atendidas pela equipe do *home care*, que muitas vezes acabam repassando para o restante da comunidade.

Por fim, a partir dos pressupostos teóricos levantados até o presente momento neste trabalho adentramos no campo da pesquisa a fim de respondermos o objetivo desta pesquisa os quais estão dispostos no próximo capítulo deste trabalho como segue.

## **4 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO *HOME CARE*: RELATOS DE ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL HAROLDO JUAÇABA**

### **4.1 Conhecendo o *Home Care***

O Hospital Haroldo Juaçaba, está localizado na Rua Papi Junior nº1222, Bairro Rodolfo Teófilo. Vale colocar que o mesmo é referência nas Regiões Norte e Nordeste, do Brasil, quando o assunto é oncologia, pois atende pacientes do Estado do Ceará e de Estados vizinhos. Cabe destacar ainda que, o mesmo foi projetado para ser um grande centro de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

Fundado em 25 de novembro de 1944, como entidade filantrópica sem fins lucrativos, o Hospital Haroldo Juaçaba atende cerca de 90% dos pacientes provenientes do SUS. Fazendo uma retrospectiva histórica destacamos que, a partir de 1979 a instituição iniciou os serviços de Prevenção do Câncer e, em 1988, acrescentou a quimioterapia. Assim, o atendimento domiciliar oferecido pelo referido hospital é mantido por meio de doações, haja vista que o mesmo é filantrópico.

A missão da instituição é prover soluções em cancerologia com responsabilidade social. Já sua visão é a de ser líder em qualidade, segurança e transformar o cuidado do Câncer no Estado do Ceará. Tendo como valores o trabalho, a integralidade, a excelência e responsabilidade social.

Em relação à equipe de saúde multidisciplinar o hospital oferece várias especialidades, dentre elas, destacamos aqui, a de Cancerologia Cirúrgica que engloba: mastologia, de cabeça e pescoço, urologia, abdômen, ginecológica, plástica reparadora, pele e tecido Ósseo. Além disso, o hospital ainda conta com serviços de oncologia clínica e pediátrica, radioterapia, radioisotopoteraia, e medicina nuclear. Ressaltando que tais atendimentos são integrados aos serviços de: radiologia e diagnóstico por imagem, laboratório de análises clínicas, anatomia patológica e imuno-histoquímica. Com relação aos serviços complementares o hospital atende nas áreas de Psicologia, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Terapia da Dor e Cuidados Paliativos, esse último objeto de estudo desta pesquisa.

Assim, adentrando ao campo de nossa pesquisa, a atuação do Serviço Social no Hospital Haroldo Juaçaba, teve início no ano de 1988, com atividades de atendimento ambulatorial aos pacientes em tratamento radioterápico e quimioterápico, bem como na Casa Vida. Passando, a partir de 1999 com a inauguração do Hospital do Câncer, a atuar junto as unidades de internação, junto a pacientes e seus familiares, atendendo demandas psicossociais, a partir de um trabalho exercido por uma equipe multidisciplinar, a qual visa assegurar ao usuário condições de cidadania, e atendimento humanizado, passando assim a oferecer atendimento domiciliar aos pacientes atendidos pelo mesmo.

A seguir, ressaltamos que a pesquisa realizada por meio deste trabalho foi realizada junto aos profissionais do Serviço Social que atuam com pacientes que necessitam de cuidados paliativos *Home Care*.

#### **4.2 As vivências cotidianas do assistente social no *Home Care*: relatos de campo**

As entrevistas onde pudemos observar e ouvir os relatos das vivências cotidianas de duas assistentes sociais que atuam no *Home Care* do Hospital Haroldo Joaçaba foram realizadas nos dias 17/06/2016 e 20/06/2016, as quais foram identificadas apenas como Assistente Social A e Assistente Social B, como meio de respeitar o sigilo e Código de Ética profissional. Vale colocar ainda que, inicialmente antes de adentrarmos nos relatos propriamente ditos, iniciamos às entrevistas, indagando as mesmas sobre o tempo de atuação, se possuem especialização, possibilitando assim compreendermos melhor a visão das mesmas acerca do trabalho no *Home Care*, desse modo construímos um perfil profissional dessas profissionais como segue na tabela 1, a seguir.

**Tabela 1 – Perfil das Profissionais**

<b>ASSISTENTES SOCIAIS</b>	<b>IDADE</b>	<b>TEMPO QUE TRABALHA NA ÁREA DA SAÚDE</b>	<b>TEMPO DE FORMADO</b>	<b>NÍVEL DE FORMAÇÃO</b>
Assistente Social A	40	10 anos	21 anos	Saúde da família, psico-oncologia, psicopedagogia clínico e institucional
Assistente Social B	30	5 anos	7 anos	Não possui especialização

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Como podem ser observadas na Tabela 1, as participantes desta pesquisa possuem idade igual ou superior a 30 anos. A assistente social A está atuando na área há uma década, já a assistente social B está a quinquênio. Quanto ao período de tempo em que concluíram a graduação, a primeira possui 20 anos de formada e, a segunda, 7 anos. O último dado disposto no perfil profissional das assistentes sociais expõem os cursos de especialização. A esse respeito como pode ser observado somente a assistente social A possui curso de especialização, sendo 4, quais sejam: Saúde da Família, Psico-oncologia, Psicopedagogia Clínico e Institucional.

Dessa forma, observando a tabela 1, é possível afirmarmos que ambas as profissionais possuem uma vasta experiência na área da saúde, especialmente no sérico de Home Care, sendo assim, as colocações das mesmas, que seguem abaixo, possuem muita propriedade quando a temática é atendimento domiciliar.

A partir desse momento passamos a indagar as respectivas assistentes sociais com base em nosso roteiro de entrevista. Com relação à primeira pergunta, perguntamos quais os principais processos e práticas do trabalho do assistente social no *Home Care*. As assistentes sociais responderam da seguinte forma:

O Serviço Social do Hospital Haroldo Juaçaba tem como importante instrumental de trabalho a **Avaliação Social**, a qual possibilita conhecer a situação sociofamiliar, habitacional, financeira e previdenciária do paciente e de seus familiares. **Adentrar**

**no contexto em que o paciente está inserido** permite, ao assistente social, **observar questões importantes que podem comprometer o processo de tratamento, como conflitos familiares e situação financeira precária.** A partir dessa maior aproximação com o contexto de vida do paciente é possível pensar **outras intervenções**, incluindo **encaminhamento para a rede socioassistencial.** **No *Home Care*, atuo na inclusão de pacientes no programa de atendimento domiciliar, na assistência continuada ao paciente e seus familiares, na realização do Projeto Celebrar<sup>3</sup>, na realização de reuniões com familiares e cuidadores, na orientação acerca de direitos sociais e previdenciários, na viabilização de exames e transporte para deslocamento para o hospital e nas orientações e acolhimento aos familiares no momento do óbito. O trabalho do assistente social inserido numa equipe de cuidados paliativos tem que levar em consideração o ser humano em suas múltiplas dimensões** (física, psicológica, espiritual, social). Sendo assim, nossa principal função é a de escuta e acolhimento das demandas do paciente e de sua rede de suporte (Assistente Social A). [grifos nossos]

O Dedico-me diariamente junto a equipe multidisciplinar para **assegurar condições de direitos e cidadania aos pacientes do *Home Care***, buscando aperfeiçoar no processo de humanização dos serviços oferecidos para que esteja sempre presente no propósito e na prática visando o bem estar do paciente e família no ambiente Hospital Haroldo Juaçaba. **Busca compreender o processo saúde-doença que é determinado socialmente através das implicações sociais econômicas e culturais do paciente, fortalecendo a assistência à saúde em seus atendimentos individuais ou grupais visando a promoção e atenção à saúde, e efetivação de Direitos.** Entre as **atividades desenvolvidas** pelo setor estão: **cuidados paliativos** (cuidados continuados), nos **domicílios e enfermarias; visitas às unidades de internação; orientação de benefícios previdenciários e sociais; acolhimento e orientação relacionados ao óbito e /ou auxílio funeral; intervenções do “Projeto Celebrar”**, que visa celebrar momentos de vida dos pacientes em fase terminal acompanhados em domicílio, por meio da realização de um desejo (Assistente Social B). [grifos nossos]

Como pode ser observado por meio das falas das entrevistadas, ambas, possuem a mesma percepção em relação ao atendimento domiciliar, diante de tudo o que nos foi relatado pelas assistentes sociais, conforme grifos nosso, destacamos: a avaliação social; o contexto em que o paciente está inserido; a observação de questões que podem comprometer o processo de tratamento, como conflitos familiares e situação financeira precária; encaminhamentos para a rede socioassistencial; a realização de projetos, como por exemplo, o Projeto Celebrar; a realização de reuniões com familiares e cuidadores; orientação acerca de direitos sociais e previdenciários; viabilização de exames e transporte; orientações e acolhimento aos familiares no momento do óbito; assegurar condições de direitos e cidadania aos pacientes; compreender o processo saúde-doença que é determinado socialmente através das implicações sociais econômicas e culturais do paciente; atendimentos individuais ou em grupos visando à atenção à saúde, e efetivação de Direitos.

---

<sup>3</sup>De acordo com a assistente social A, que nos esclareceu sobre o Projeto Celebrar, esse tem como finalidade realizar um desejo do paciente, para melhorar sua qualidade de vida.

Portanto, compreendendo os processos e práticas das assistentes sociais no *Home Care* do Hospital Haroldo Joaçaba é possível afirmarmos que o trabalho das mesmas está inserido para muito além da atenção a saúde, pois além da garantia de direitos o mesmo leva em consideração o indivíduo como um todo em suas múltiplas dimensões. A esse respeito retomamos as afirmações de Kerber; Kirchho e Cezar-Vaz (2008), as quais afirmam que o serviço do *Home Care*, pode se desenvolver em vários momentos, com diversos trabalhadores e não sendo do domínio nem da equipe de atenção primária, nem da de atenção hospitalar.

Ainda a respeito da mesma primeira indagação Cruz (1999), com relação ao atendimento domiciliar deve-se ter em mente as transformações e o redimensionamento da organização familiar, buscando-se com isso proporcionar, à atenção integral e qualidade de vida às pessoas ou grupo de pessoas, os quais o Serviço Social trabalha principalmente no âmbito da garantia de direitos, o que ao obsevamos as falas das entrevistadas constata-se que vêm ocorrendo tal prática.

Para Lusvarghi (2000), que também analisa o *Home Care* e as práticas do Serviço Social no âmbito dos cuidados paliativos, esse é um serviço de apoio integral, por meio de uma equipe multiprofissional que atende o paciente e sua família, pois não apenas o paciente recebe orientação e cuidados, bem como todo o grupo familiar no qual está inserido. Segundo o mesmo autor: “[...] assistência domiciliar é o triângulo paciente, família e equipe multiprofissional. A família é o centro das ações educativas, o paciente é o foco de atenção e vigilância e a equipe dá suporte às necessidades que irão surgir com a evolução da doença” (LUSVARGHI, 2000, p. 44).

Além disso, correlacionando a fala da primeira assistente social ao responder a essa indagação, quando relatou a questão da viabilização de exames e transporte para deslocamento para o hospital, Martins (2006) lembra a esse respeito que existem inúmeros procedimentos burocracias que precisam ser enfrentados, tais como: exames e tratamentos que requerem longos deslocamentos de quem não tem meios para pagar transporte; tempo de dedicação exclusiva de quem precisa trabalhar em tempo integral; e cuidados de higienização de quem não tem casa com condições sanitárias adequadas entre outras dificuldades.

Dando prosseguimento ao nosso roteiro de entrevistas passamos a nossa segunda pergunta: em sua opinião no serviço de *Home Care* quais os principais obstáculos enfrentados pelo assistente social junto ao paciente:

Junto aos pacientes observo a **falta de informação** dos mesmos **com relação ao seu diagnóstico e ao seu prognóstico**. Outro grande desafio que me deparo frequentemente diz respeito ao(s) **cuidadores e aos familiares do paciente**. Há pacientes que **não possuem um cuidador presente e atuante em tempo integral**. Há **famílias que não se apresentam como parceiras da equipe, não dando continuidade ao cuidado necessário ao bem-estar do paciente**. Os **problemas sociais que afetam o núcleo familiar** também se mostram como importantes desafios que pedem intervenção do Serviço Social, tais como: **negligência, alcoolismo, drogas, familiares com problemas psiquiátricos sem tratamento, abandono de idosos, desemprego na família** etc. (Assistente Social A). [grifos nossos]

**Paciente e família** encontra-se em nossa primeira visita domiciliar bastante **confuso em relação à doença**, diante desse agravante a equipe torna-se um suporte de grande apoio, já que estamos ali para usar os instrumentos técnicos onde fazemos várias perguntas a fim **providenciar ações peculiares**, e ao mesmo tempo **encaminha-los aos aparelhos necessários** do qual ele precise (Assistente Social B). [grifos nossos]

Como pode ser observado dentre os principais obstáculos destacamos: falta de informação em relação ao diagnóstico por parte dos pacientes e familiares, dificuldades financeiras, pois muitas famílias não possuem condições de terem um cuidador em tempo integral, famílias que não cuidam do paciente de forma adequada, problemas sociais dos mais variados, e que afetam os cuidados com o paciente, dentre esses: negligência, alcoolismo, drogas, familiares com problemas psiquiátricos sem tratamento, abandono de idosos e desemprego na família.

Nesse momento é de extrema relevância destacarmos como salta aos olhos os problemas relacionados à questão social, os quais se materializam das nas mais variadas configurações, como por exemplo, a negligência, o alcoolismo, as drogas, o abandono e desemprego, conforme mencionados pela assistente social A. A esse respeito retomamos as afirmações de Yamamoto (2008, p. 428), que segundo a autora a atuação do assistente social: “[...] ao desvelar a vida dos indivíduos pode, em contrapartida abrir possibilidades para o acesso das famílias a recursos e serviços, além de acumular um conjunto de informações sobre as expressões contemporâneas da questão social pela via do estudo social”, o que nos parece ocorrer por meio das falas das assistentes sociais entrevistadas. Pois, ainda segundo essa autora, o profissional, ao entrar em um domicílio, necessita reconhecer o espaço domiciliar como íntimo, captar o significado da doença para a família, as condições de moradia e a organização da família, suas crenças e cultura.

Outro ponto importante, abordado no decorrer do referencial teórico construído ao longo deste trabalho e que vale retomarmos, dentro de todo o contexto que envolve a questão social, diz respeito às possibilidades que o assistente social possui ao trabalhar em conjunto

com uma equipe multiprofissional, pois além de atuar diretamente com o atendimento ao paciente possui subsídios para atender a família e até mesmo na comunidade a partir do efeito multiplicador das informações relacionadas à garantia de direitos, passadas as famílias atendidas, que muitas vezes acabam repassando para o restante da comunidade.

A respeito da realidade vivenciada pelas assistentes sociais junto aos pacientes e familiares, retomamos Andrade (2007) que retrada de uma forma muito clara tal questão, ao colocar que é importante que o assistente perceba e interprete criticamente a realidade socioeconômica das famílias atendidas pela equipe multiprofissional. Pois muitas não possuem o mínimo de condição socioeconômica, física e emocional para oferecerem um cuidado domiciliar.

Por fim, realizamos nossa terceira indagação, relacionada ao trabalho no atendimento domiciliar do hospital, assim indagamos as entrevistadas sobre quais são os principais obstáculos enfrentados pelo assistente social junto à equipe multiprofissional. As mesmas responderam:

Atender o paciente em suas múltiplas dimensões requer a negação da sobreposição de saberes, sendo assim, a atuação profissional deve se nortear em uma complementação de saberes e partilha de responsabilidades. Dessa forma, trabalhar em equipe multiprofissional é sempre um **grande desafio**. A equipe do *Home Care* do hospital é composta por quatro profissões (médico, enfermeira, psicóloga e assistente social) nas atuações diárias ainda **é possível perceber como a equipe multiprofissional tem ainda dificuldades**. Acredito que isso ocorre por conta da formação acadêmica das várias profissões, que pouco ensina a **trabalhar de forma integrada com as outras profissões** (Assistente Social A). [grifos nossos]

A maior dificuldade no trabalho multidisciplinar chama-se **disputa pelo poder**, mais faz parte, **é um desafio** que vai sendo quebrado dia após dia, já que estamos ali visando o bem estar do paciente e família. A equipe multidisciplinar desenvolve um conjunto de cuidados de apoio integral; cuidados terapêuticos, ações educativas, transformações familiares, relação família e paciente, promoção e participação da família, internação e atendimento, apoio clínico, humanização, controle da dor, ajuda da psicologia, e fisioterapia (Assistente Social B). [grifos nossos]

Como é possível observar em relação aos principais obstáculos enfrentados pelo assistente social junto à equipe multiprofissional, percebemos certa relutância em expor os obstáculos, mas segundo as próprias palavras da primeira entrevistada os desafios são grandes. Além disso, destacamos algumas colocações que convém serem retomadas, as quais descrevem a situação vivenciada diariamente por essas profissionais, dentre essas ressaltamos: trabalhar de forma integrada com os demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional e disputa pelo poder.

Dentro dessa dinâmica vivenciada e descrita pelas assistentes sociais, acima, temos que ter em mente as colocações de Andrade (2007), a qual afirma que muitas situações fogem do idealizado pela maioria dos membros da equipe de saúde, logo a interpretação do assistente social é fundamental, para que a equipe consiga desenvolver o programa dentro das condições reais dos usuários e assuma com eles a luta pelas condições necessárias a um tratamento fora do hospital. Dentro dessa visão é possível afirmarmos que mesmo existindo toda uma dificuldade em trabalhar em equipe dada as peculiaridades de cada profissional, suas formas de trabalhar e a disputa pelo “poder”, as assistentes sociais possuem uma visão clara do todo que envolve essas questões. Desse modo, segundo o nosso entendimento, a partir de tais apontamentos postos por Andrade (2007), fica evidente que nos cuidados paliativos, o assistente social deve participar do planejamento, possibilitando imprimir alterações concretas e visíveis na realidade, dando um contorno definido e identificável à sua ação profissional, e às suas ações.

Retomando Martins (2006) que também discorre sobre a realidade do trabalho em equipe multidisciplinar, essa modalidade de trabalho coletivo, a qual cada integrante da equipe possui suas atribuições específicas, a junção e o sucesso de suas ações ocorrem devido a um intercâmbio de ações e da comunicação entre esses profissionais, o que segundo relatos das assistentes sociais existem dificuldades em se concretizar tal objetivo, pelos motivos supracitados.

Diante disso, vale retomar o conceito de interdisciplinaridade colocado por Nogueira e Miotto (2008), que afirmam que o trabalho multidisciplinar envolve uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades de uma determinada situação, propiciando justamente um trabalho diferenciado devido as diversas óticas, saberes que passam a integrarem-se voltando para à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde, e não disputas pelo poder, conforme mencionado pela assistente social B.

Por fim, ainda a respeito da dificuldade relatada pelas assistentes sociais em trabalhar em grupo Andrade (2007) defende a importância de o assistente social compor a equipe multiprofissional, pois este pode ser o mediador entre a equipe médica o cuidador, e os familiares sem excluir a necessidade do contato direto entre ambos. É importante que se tenha em mente que, o assistente social dentro de uma equipe multidisciplinar pode ser o tradutor de linguagens técnicas, o mais habilidoso no acolhimento, incluindo a escuta e o apoio sempre atento às questões éticas e legais que devem nortear o seu trabalho, bem como delimitar o seu trabalho profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre tudo o que foi construído ao longo dessa caminhada, observamos nesse momento que a resposta a nossa pergunta de partida, qual o papel desempenhado pelo(as) assistentes sociais que atuam na equipe multidisciplinar no *Home Care* do Hospital Haroldo Joaçaba no município de Fortaleza, não é uma questão que se possa responder a partir de uma única frase.

Para que se possa responder à referida indagação, devemos, primeiramente, pensarmos sobre como se deu a estruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil, tendo em vista que somente a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito garantido a todos os cidadãos e com ele uma nova forma de atuação dos profissionais da saúde passou a galgar seus primeiros passos, em outras palavras, a atuação do Serviço Social bem como dos demais profissionais da saúde passou a ser multi e interdisciplinar.

Feita essa primeira ponderação, para que se possa compreender a dinâmica em que estão inseridos os profissionais que atuam no *Home Care* passamos as respostas aos nossos objetivos específicos, os quais, ao final facilitarão a compreensão dos relatos e das vivências desses de como ocorre à atuação do Serviço Social nos cuidados paliativos.

Assim, ao nos debruçarmos sobre os relatos das assistentes sociais em relação aos processos e práticas no atendimento domiciliar, em especial no Hospital Haroldo Joaçaba, observamos que existe uma série de questões que são expostas e que demonstram a relação intrínseca com a questão social. Dentre essas, é destacamos: o contexto em que o paciente está inserido, como por exemplo, conflitos familiares e a situação financeira, quais por meio de encaminhamentos para a rede socioassistencial e orientação acerca de direitos sociais fazem parte do cotidiano dos sujeitos que fizeram parte desta pesquisa.

Desse modo, é possível afirmarmos que, o processo de saúde-doença ao qual estão inseridos os pacientes atendidos por essas assistentes sociais e o atendimento domiciliar possui todo um contexto socioeconômico que atinge não somente os indivíduos doentes, mas também sua família.

Verificamos mesmo de forma implícita, a partir dos relatos das assistentes sociais que muitas das mazelas pelas quais os pacientes e as famílias dos mesmos vivem possuem relação com a ascensão do projeto neoliberal, privatista, com destaque para a política da saúde, mesmo ocorrendo avanços a partir da Constituição de 1988, o atendimento a saúde,

bem como nas mais diversas áreas vem sofrendo retrocessos afetando as famílias o papel da proteção social, e por consequência o atendimento domiciliar.

Quanto as Políticas Públicas relacionadas à Atenção Básica, no *Home Care*, conforme mencionamos do início de nossas considerações finais pode-se afirmar que houve avanços significativos, muito embora, diga-se de passagem, os mesmos sejam recentes, pois somente após a Constituição Federal de 1988, é que à Atenção Básica passou a ter uma política de atendimento específica, quando foi criado o SUS. Convém lembrar, como discorrido na parte introdutória deste trabalho a história da assistência domiciliar, no Brasil, é recente, sendo sido iniciada no ano de 1967, cujo objetivo central era reduzir o número de leitos ocupados, englobando nestes atendimentos cuidados de baixa complexidade. Somente a partir de década de 1990, que o Brasil, passa a adotar o atendimento domiciliar como um modelo alternativo e complementar ao modelo hospitalar, passando a envolver profissionais de diversas especialidades, criando assim, equipes multidisciplinares para o cuidado paliativo, muito embora, devemos registrar com um viés privatista. Pois o discurso fortemente marcado pelo desmonte do sistema público, conduz ações pautadas nos princípios da perspectiva neoliberal, passando para o mercado assumir grande parte do papel que deveria ser desempenhado pelo Estado. Reforça-se assim, a tônica de que cada vez mais o Estado pode se eximir de suas responsabilidades, fortalecendo o mercado que avança em passos largos rumo a mercadorização da saúde, cabendo ao governo apenas o controle deste mercado, por via de regulamentações legais.

Além disso, é importante destacarmos que, indiscutivelmente ouve significativos ganhos no atendimento a partir da implementação de equipes multidisciplinares ainda existem arestas a serem aparadas. Conforme relatos, das assistentes sociais, observamos que a equipe multiprofissional possui dificuldades de trabalhar em equipe, devido a própria formação acadêmica não privilegiar esse integração multiprofissional. Contudo, mesmo diante de conflitos o Serviço Social, na assistência domiciliar, atua principalmente como mediador de conflitos, entre a família e a equipe, entre a própria equipe, com as políticas sociais no cotidiano do trabalho na perspectiva de entender o cuidado no âmbito das políticas sociais e do trabalho com famílias.

Portanto, cada vez mais se faz necessário nos apossarmos da real condição para transformar esta realidade social. Deixo aqui, o desafio para futuros trabalharmos acadêmicos que venham a discutir os processos de trabalho do Serviço Social nos cuidados paliativos.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS - Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari; 2011.
- ANDRADE, L. **Desvelos: trajetórias no limiar da vida e da morte - cuidados paliativos na assistência domiciliar**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2007.
- AMARAL, N; CUNHA, M; LABRONICI, R; OLIVEIRA, A. S. B.; GABBAI, A. **Assistência domiciliar à saúde (home care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual**. Revista de Neurociências, São Paulo, v.9, n.3, p. 111-117. 2001.
- BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>.
- \_\_\_\_\_. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 dez. 1990.
- \_\_\_\_\_. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 maio 2013; Seção 1, p. 30. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html).
- \_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.
- \_\_\_\_\_. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. [Ana Lucia Pereira et al.]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- \_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 10424, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, 15 abr.2002.
- \_\_\_\_\_. **Lei Complementar n nº 7.417, de 10 de abril de 2002**. Inclui os atendimentos ambulatoriais domiciliares e as internações domiciliares entre as exigências de cobertura dos planos de saúde. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 15 abr.2002.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 15 junh.1998.
- BRAVO, Maria Inês. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

- BRAZ, M.G. **Indicadores de qualidade na Assistência Domiciliar**: Uma proposta de indicadores de qualidade e desempenho. Rio de Janeiro: Pronep, 2002. 14p.
- CARVALHO, M. do Carmo Brant de. O lugar da família na política social. In: Maria do Carmo Brant de Carvalho (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 15 - 22.
- \_\_\_\_\_. M. do Carmo Brant de. Famílias e políticas sociais. In: Ana R. Acosta e Maria Amalia F. Vitale. (Org.) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. São Paulo: IEE/PUC – SP, 2003.
- CAMPOS, Francisco E.; OLIVEIRA, Mozart; TONON, Lidia M. **Legislação Básica do SUS**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. (Cadernos de saúde, 3).
- CHIBA T. Assistência ao idoso terminal. In: Papaleo Netto M (ed.). **Gerontologia “a velhice e o envelhecimento em visão globalizada”**. São Paulo. Atheneu, 2001, pp. 431-9.
- CRUZ, Lucila Pedroso. **Assistência domiciliar**: estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no Estado de São Paulo. São Paulo, 1999, 128p. Dissertação. (Mestrado em Administração Hospitalar) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1999.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, (COFEN). **Resolução COFEN nº 0464/2014**. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar, Brasília, 20 de outubro de 2014.
- DEMO, Pedro. **Pesquisa Social**. Serviço Social & Realidade. Franca, SP, v. 16, n.1, p.11-36, 2008.
- DIAS, E. L. F. WANDERLEY, J. S. MENDES, R. T. (Orgs.) **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas: Ed. da UNICAMP, 2002.
- ESCOREL, S. Projeto Montes Claros: palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 126-127.
- FALCÃO, H. A. **Home Care**: uma alternativa ao atendimento da Saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.
- FALLEIROS, Ialê; PONTE, F. Carlos. **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história/ Carlos Fidélis e Ialê Falleiros organizadores. – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. 340 p.
- FREITA, Alessandra; DOMINGUES, Melissa de Moraes; ZARVOS, Caroline Jorge. **Home Care**: o médico em casa. São Paulo: Centro Universitário Alcântara Machado, 2005.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.
- IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- KERBER, N. P. C; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 24, n.3, março 2008, p. 485-493.
- LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M; OLINISKI, S; TRUPPEL, T. C. **Atenção à saúde no domicílio**: modalidades que fundamentam a prática. Paraná: Universidade Federal do Paraná, 2006.

- LIMA, N. T. Informe sobre pestes. **Inteligência**, ano II, 9: 10-20, nov. 1999/abr. 2000.
- LUSVARGHI, Luiza. Assistência domiciliar ou *Home Care*: o hospital que vai até sua casa. **Medicis**, São Paulo, n. 6, p.26-29, set./out. 2000.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARTINS, S. Kieski. **Diretrizes para a Organização do Atendimento domiciliar à Saúde: contribuições da enfermeira**. 2006. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2006.
- MENDES, P.B.M.T. Quem é o cuidador? In: Orientação para cuidadores informais na assistência domiciliar. Campinas: Ed. da UNICAMP, 2002. p. 17-32.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec, São Paulo, 2006.
- \_\_\_\_\_. Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Práxis em salud: un desafio para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- NOGUEIRA, Vera Maria Nogueira. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. 2002. 343 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- \_\_\_\_\_, V. M. R.; MIOTO, C. R. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço social e saúde**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 218.
- NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de Saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.
- PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Concepções de cuidado emancipatório: limites possibilidades para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde do Brasil**. Ser Social, Brasília, n. 10, p.147-168, jan./jun. 2002.
- RIZZOTTI, M. L. **O Trabalho em Equipe - um estudo na área da saúde**. Dissertação (Mestrado de Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1991.
- SERRA, José. **Ampliar o possível: a política de saúde do Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- SCHUTZ, V; LEITE, J. L; FIGUEIREDO, N. M. A. **Como administrar cuidados domiciliares: o custo e o preço do preparo e do trabalho da enfermagem uma experiência**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.
- STELMAKE, L. L; SILVA, V. R. Cuidado domiciliar e controle social. In: **CONGRESSO PARANAENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 4., 2009, Curitiba. Anais. Curitiba, 2009.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Roteiro da entrevista

Roteiro referente à pesquisa: Serviço Social na Atenção Domiciliar (HOME CARE): Relatos e Vivências de uma assistente social que atua na equipe multidisciplinar no *Home Care* do Hospital Haroldo Juaçaba.

Data:

### I - PERFIL DO PROFISSIONAL

Nome

Idade

Há quanto tempo trabalha na área da saúde?

Tempo de formação

Tempo de Especialização

### II - ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO HOME CARE

1. Há quanto tempo trabalha no Serviço Social junto aos pacientes do *Home Care* do Hospital Haroldo Juaçaba?
2. Como é o trabalho do Serviço Social junto aos pacientes do *Home Care* do Hospital Haroldo Juaçaba?
3. Quais os desafios enfrentados pelos Assistentes Sociais e equipe Multidisciplinar no trabalho com paciente e sua família?

## APÊNDICE B

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: Serviço Social na Atenção Domiciliar (*Home Care*): Relatos e Vivências de uma assistente social que atua na equipe multidisciplinar do *Home Care* do Hospital Juaçaba por Maria Aurineide Felipe da Silva. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof<sup>ª</sup>. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) \_\_\_\_\_. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, compreender os relatos e vivências de um assistente social que atua no *Home Care* do Hospital Haroldo Juaçaba, situado no Município de Fortaleza – CE. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Assinatura do (a) participante:

---

Assinatura do (a) pesquisador (a):

---

Assinatura da testemunha:

---