A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE

MARIA CONCEBIDA NUNES UCHÔA CABRAL; JULIANA HILARIO MARANHÃO

RESUMO

Este artigo é uma pesquisa qualitativa em que se discute sobre à Atenção Domiciliar (AD) e o Serviço Social por meio de discussão da bibliografia sobre o tema e reminiscências da experiência profissional de uma das autoras. Propõe-se uma análise crítica e reflexiva, partindo-se da vivência de uma das pesquisadoras na área do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) em um serviço da cidade de Fortaleza, Ceará. A AD é indicada para usuários que apresentam estabilidade clínica, mas que se encontram acamados, sem condições de se dirigem a um equipamento de saúde para receber o atendimento. Está organizada em três modalidades de atendimento, quais sejam: AD1, AD2 e AD3. AD traz desafios em relação ao trabalho interdisciplinar e o cuidado em saúde diante das diferentes complexidades em cada perfil de acompanhamento. Portanto, destaca-se a importância do trabalho em equipe, onde cada profissional das diferentes categorias tem a sua relevância para o tratamento dos usuários. O Serviço Social traz diferencial as equipes de saúde, em especial nos serviços de atenção domiciliar, por ter a capacidade de articulação da rede de proteção social, bem como o trabalho social com as famílias para garantir o bem-estar e cuidado adequado do paciente. Além do mais busca trabalhar em uma perspectiva de totalidade, ou seja, para além do aspecto socioeconômico analisa e percebe as interferências dos valores culturais e pessoais no cuidado em saúde dando direcionamento ao seu trabalho. Assim, o trabalho do assistente social na Atenção Domiciliar, está alicerçado em conhecimento teórico e técnico, entendendo a realidade social a partir de uma ação crítica e comprometida com a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

PALAVRAS-CHAVES: Atenção Domiciliar; Serviço Social; Saúde

1 INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar é uma prática de cuidados que existe há séculos, uma vez que desde a Mesopotâmia há relatos de atendimento a pacientes em domicílio (DUARTE e DIOGO, 2005). Já no período moderno, com a emergência do sistema do capital e a constituição de um Estado de direito surgem as primeiras ações sistematizadas para a regulação da sociedade, como por exemplo, os hospitais a fim de cuidar dos enfermos.

Contudo, as pessoas que possuíam condições financeiras favoráveis não buscavam atendimento em hospitais, pois tinham médicos a sua disposição para realizar o atendimento em domicílio. Os hospitais tinham outras finalidades, como por exemplo, acolher os pobres e aquelas pessoas com comportamentos considerados inoportunos para o padrão da sociedade (FOUCAULT, 1979). A proliferação de hospitais concomitante a modernização do modo de produção capitalista e o desenvolvimento das relações sociais, em especial com o avanço da tecnologia e da sistematização de políticas sociais públicas em forma de seguros sociais possibilitou a modernização do hospital e a necessidade do acompanhamento sistemático da

DOI: 10.51161/conasf/17729

pessoa enferma para o seu tratamento (RIBEIRO, 1993). Assim, o hospital deixa de ser um local para acolhimento dos pobres e passa a ser uma instituição de aprendizado, de saberes e do tratamento da pessoa doente, bem como um local de disciplina, de observação. As pessoas que antes recebiam atendimento médico em casa passam a buscar atendimento nos hospitais, tendo em vista que essa instituição, agora, apresentava recursos tecnológicos que podem prolongar a vida (RIBEIRO, 1993).

A primeira experiência de abordagem domiciliar no Brasil foi desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado em 1949. Já a implantação como atividade planejada teve início no setor público por meio do Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE) que funciona desde 1963 (MENDES JÚNIOR, 2000).

Com a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população, os hospitais já não estavam mais dando conta do alto índice de internações de pessoas com quadro de doenças crônicas degenerativas ou em fim de vida, além de outras comorbidades ou pessoas com sequelas em decorrência de causas externas, como por exemplo, às vítimas de violência. Além do mais, com a carta de Alma Ata resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata - Cazaquistão em 1978 possibilitou um redirecionamento para que todos os governantes do mundo e profissionais da saúde e do desenvolvimento trabalhassem em prol da saúde das pessoas, em nível mundial (OMS, 1978). Assim, a perspectiva de cuidado em saúde deixa de ser baseada em serviços de urgência e emergência ou de internação hospitalar, e passa a ter como foco a prevenção e a promoção de saúde no território.

Na contemporaneidade, associado a diminuição da mortalidade e o aumento da taxa vida da população tem-se observado um maior número de pessoas envelhecidas e ao mesmo tempo o controle de epidemias. No Brasil, nas últimas décadas também tem se constatado o aumento do quantitativo de idosos (BRASIL, 2014). À medida que a população envelhece e há aumento da carga de doenças crônico-degeneráveis, aumenta também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos. Dessa forma a Atenção Domiciliar passa a ser um campo de trabalho relevante, uma vez que se entende que manter internações hospitalares geram elevados gastos para a instituição (BRASIL, 2014). Assim, tanto a rede pública como a rede particular adotaram essa modalidade de atendimento, como estratégia para desospitalização dos seus pacientes considerados estáveis clinicamente, mas que precisam dar continuidade em algum cuidado em saúde sendo a assistência ofertada no domicílio.

O objetivo geral desta pesquisa é relatar a experiência do trabalho do/a assistente social na Atenção Domiciliar.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Para tanto, realizamos uma análise crítico reflexiva a partir das vivências de uma das pesquisadoras em um serviço de atenção domiciliar dos tipos AD2 e AD3 no Estado do Ceará. Em relação a análise sobre os espaços sócio ocupacionais do assistente social entendemos que, o ato de pesquisar e escrever as impressões sobre sua atividade laborativa envolve uma análise crítica da realidade ao mesmo tempo que expressa a habilidade metódica do pesquisador.

O estudo é de natureza qualitativa, que responde a questões muito particulares uma vez que trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis (MINAYO, 1994).

A pesquisa é um diferencial para o Serviço Social, proporcionando sair de uma prática profissional pragmática para uma prática reflexiva, utilizando o materialismo histórico dialético

DOI: 10.51161/conasf/17729

como epistemologia de análise da realidade posta, possibilitando uma análise do real, dos fenômenos que estão além da aparência, onde faz-se necessário o exercício da mediação para poder identificar o que não está explícito. Essa reflexão vai para além da aparência, do que se apresenta enquanto demanda imediata possibilitando que as intervenções ocorram de forma crítica, atendendo as reais necessidades dos usuários em uma análise baseada nas categorias: historicidade, contradição e totalidade.

A pesquisa foi realizada a partir da experiência de 15 anos de uma das pesquisadoras como assistente social do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA), e da análise de autores e documentos referentes a temática em tela. Esse hospital foi fundado em 26 de dezembro de 2002 com a finalidade de prestar serviço de saúde de qualidade em nível secundário aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) referenciados por hospitais públicos terciários do Ceará. O HGWA integra a rede pública de saúde do Estado do Ceará, mas é administrado por uma Organização Social de Saúde (OSS), denominado Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), e foi o primeiro equipamento de saúde, no Ceará, a ser administrado por essa modalidade de gestão.

Quanto ao serviço de atenção domiciliar (SAD), ele foi implantado em julho de 2003, tendo como objetivo realizar a desospitalização de pacientes que necessitam do apoio de uma equipe multiprofissional para poderem retornar ao domicílio. O serviço conta com cinco equipes compostas por 7 médicos, 6 enfermeiros, 11 fisioterapeutas, 3 assistentes sociais, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 1 fonoaudiólogo, 1 cirurgião dentista, 1 terapeuta ocupacional, 1 técnica em saúde bucal, 1 técnica de enfermagem, 1 técnico administrativo e 5 motoristas. Possui uma coordenação médica e uma coordenação técnica, essa última é exercida por uma enfermeira.

A maioria dos pacientes acompanhados pelo SAD é idoso, acamado, com doenças crônicas e tratamento paliativo, sem condições de sair de casa para realizar tratamento ambulatorial. Quanto aos critérios de inclusão no SAD, temos: o paciente precisa residir em Fortaleza; ter, pelo menos, um cuidador e um familiar para cuidar e assinar o Termo de Responsabilidade, que pode ser assinado pelo próprio cuidador se esse for também o responsável pelo paciente; apresentar estabilidade clínica sem necessidade de medicação endovenosa; necessitar de cuidados especiais como curativos; usar dieta por sonda nasogástrica, nasoenteral ou gastrostomia; precisar de mobilização com a supervisão da fisioterapia; fazer uso de oxigenoterapia (uso de concentrador de oxigênio); necessitar de ventilação mecânica (uso do aparelho de suporte ventilatório); ter cuidados com traqueostomia, tratamento paliativo em doenças terminais, complemento de tratamento e reavaliação; dispor de condições socioeconômicas básicas para receber o tratamento no domicílio.

Ademais, apesar de não realizar pesquisa de campo com seres humanos o estudo obedeceu às normas que regem a pesquisa com seres humanos, seguindo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012) uma vez que os relatos são de experiências laborativas com outros sujeitos. Norteou-se também pela Lei de Nº 8662/93 que regulamenta a profissão de Serviço Social, pelo Código de Ética da profissão de Assistente Social e também pelos princípios do Projeto Ético Político do Serviço Social. Essas legislações/documentos legitimam e fundamentam o exercício profissional para o exercício ético e comprometido com a classe trabalhadora. Por fim, a análise dos dados constou de interpretação e articulação do material empírico descrito por meio da experiência da pesquisadora e articulado com o referencial teórico no qual a pesquisa está fundamentada.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, na segunda metade da década de 1980, a sociedade brasileira obteve uma grande conquista, os direitos sociais passaram a ser assegurados na Constituição Federal de

1988. Ainda que de forma limitada a uma tríade da seguridade social com as políticas sociais de Assistência Social, Previdência e Saúde, e com o reconhecimento do ensino obrigatório somente infantil e fundamental podemos ver um avanço na materialização de direitos sociais.

No caso da saúde, um dos tripés da seguridade social, ela é regulamentada a partir da concepção de que é direito de todos e dever do Estado. No entanto, na década de 1990, esses direitos que foram obtidos por meio de muitas lutas - a exemplo do Movimento da Reforma Sanitária e de movimentos sociais populares-, foram fortemente desconstruídos e fragmentados em políticas sociais setorializadas com a política neoliberal, transformando-as em políticas focalizadas nos mais pobres, mesmo com a perspectiva de universalização da saúde, precarizada devido ao corte de investimentos públicos e cada vez mais terceirizada com o crescimento da influência de organizações da sociedade civil (OS) e Organizações Sociais de Interesse Social Público (Oscips) no serviço público com a contratação temporária ou intermitente dos trabalhadores, gerando fragilidade e descontinuidade (BRAVO, et al, 2006).

Na verdade, não houve tempo de o cidadão brasileiro usufruir dessas conquistas conforme foram preconizadas, pois logo iniciou o processo do desmonte dos direitos sociais, atendendo assim, as exigências determinadas pela ordem do capital que se reestruturou a nível mundial para maximizar seus lucros. Diante das mudanças epidemiológicas e populacionais, de um novo ordenamento do trabalho e da produção e da reorganização da relação entre Estado e sociedade civil é que crescem os serviços de atenção domiciliar no Brasil.

A Lei Nº 10.424 de 15 de abril de 2002 (BRASIL, 2002) acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde para incluir o atendimento domiciliar e a internação domiciliar nessa lei. A Portaria vigente da Atenção Domiciliar é a de Nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefiniu a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

A AD é indicada para usuários que apresentam estabilidade clínica, mas que se encontram acamados, sem condições de se dirigem a um equipamento de saúde para receber o atendimento. Está organizada em três modalidades de atendimento: AD1 que assiste usuários com problemas de saúde de menor complexidade, sendo de responsabilidade das Equipes de Atenção Básica, com o apoio do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF); e AD2 e AD3 que atendem usuários com perfil clínico de maior complexidade, sendo de responsabilidade do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2016).

Contudo, há alguns critérios para o paciente poder ser incluído no SAD, dentre os quais, podemos destacar a existência de pelo menos um cuidador, para continuidade dos cuidados no domicílio. Além de ambiência no domicílio para o cuidado e segurança no território para as equipes multiprofissionais. Ademais, apesar do SAD em alguns locais estarem atrelados a hospitais (no que tange a espaço físico e burocrático), ele é um serviço vinculado a Atenção Básica independente da modalidade que esteja sendo executada.

A diferença da modalidade AD1 para a AD2 consiste no perfil do usuário, do grau de complexidade que apresenta, necessitando de mais ou menos visitas dos profissionais de saúde que assistem o paciente. Além disso, na AD2 o usuário apresenta maior complexidade, necessita da visita da equipe de saúde com mais frequência, encontra-se restrito ao leito, com dieta por sonda, com traqueostomia, lesão de pele, além de outras comorbidades. Essa modalidade está dentro do SAD, e quem realiza o acompanhamento são as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) com o apoio das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2020).

No campo da saúde, é fundamental que o trabalho do assistente social seja realizado de forma articulada ao trabalho interdisciplinar, tendo em vista que se deve trabalhar guiado pelos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a universalidade,

integralidade e a intersetorialidade, a fim de atender de forma integral, as necessidades de saúde dos usuários.

O trabalho interdisciplinar é muito relevante para que cada categoria profissional desenvolva as suas ações voltadas para a assistência aos usuários, articulando os seus saberes, discutindo os casos de cada usuário com a finalidade de proporcionar um atendimento integral, com qualidade, que contemple as necessidades apresentadas. Vale ressaltar que, as necessidades dos usuários não se resolvem somente dentro da instituição de saúde, estão para além. Assim faz-se necessário, a articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com a Rede Socioassistencial, viabilizando o acesso desses usuários aos seus direitos, buscando-os nos diversos pontos de atenção da RAS e da rede de proteção social.

As atribuições e competências do assistente social são asseguradas na Lei Nº 8.662 de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e são importantes para direcionar o trabalho do assistente social nas instituições e junto aos usuários e outros profissionais. É importante ressaltar que, mesmo com todo a legislação da profissão que dão embasamento técnico e legal para viabilizar o exercício profissional, tudo isso por si só, não é suficiente, porque o profissional precisa ter a capacidade de analisar e compreender a realidade, para poder idealizar, planejar as suas ações e intervir nas questões apresentadas pelos usuários, utilizando os recursos disponíveis, adequando-os as condições existentes.

Assim, é preciso objetivar o que precisa ser feito, para que as ações realizadas tragam benefício para os usuários, com uma finalidade prévia, sabendo por qual motivo está sendo realizadas tais ações, e quais os possíveis resultados que irão trazer. A capacidade de pensar e agir por meio de um objetivo é qualificada como instrumentalidade, no qual se utiliza um conjunto de técnicas e instrumentos. No caso do trabalho do assistente social na Atenção Domiciliar, ele deve estar alicerçado em conhecimento teórico e técnico, portanto, entendendo-as a partir de uma ação crítica e comprometida com a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

4 CONCLUSÕES

Esta pesquisa buscou analisar a experiência de atuação profissional do/a assistente social na Atenção Domiciliar, no âmbito do SUS. Buscou-se descrever as ações realizadas no cotidiano de trabalho desse/a profissional, tendo como finalidade principal viabilizar os direitos dos usuários, bem como esclarecimentos sobre os seus deveres, para que possam se tornar sujeitos de ação, na busca de seus direitos. Destacou-se também a importância do trabalho em equipe, onde cada profissional das diferentes categorias tem a sua relevância para o tratamento dos usuários acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do (HGWA), proporcionando a assistência de acordo com as suas necessidades, de forma integral, atendendo assim um dos princípios do SUS, a Integralidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

_____. **Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. **Atenção Domiciliar no SUS:** resultado do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2014.

DOI: 10.51161/conasf/17729

_____. **Resolução 466/2012.** Dispõe sobre Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

_____. **Lei Nº 10.424, de 15 de abril de 2002**. Regulamenta a assistência domiciliar no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO, M. I. S. et al. **Política de saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para a saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar:** Um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
MENDES JÚNIOR, W. V. **Home Care**: Uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 8ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

RIBEIRO, H. P. **O hospital, história e crise**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

DOI: 10.51161/conasf/17729