

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

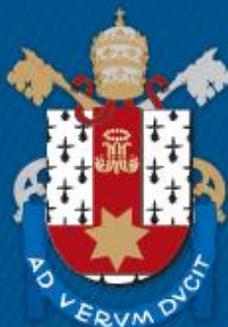
DANIELA DE CARVALHO TEIXEIRA MAGALHÃES

**OS PARÂMETROS DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO
DOMICILIAR**

Porto Alegre

2024

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

DANIELA DE CARVALHO TEIXEIRA MAGALHÃES

**OS PARÂMETROS DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO
DOMICILIAR**

Dissertação apresentada para obtenção de grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Krieger Grossi

PORTO ALEGRE

2024

Ficha Catalográfica

M188p Magalhães, Daniela de Carvalho Teixeira

Os parâmetros do trabalho de assistentes sociais na atenção domiciliar / Daniela de Carvalho Teixeira Magalhães. – 2024. 124.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi.

1. Serviço Social. 2. Atenção domiciliar. 3. Saúde. 4. Trabalho do/a assistente social. I. Grossi, Patrícia Krieger. II. Título.

DANIELA DE CARVALHO TEIXEIRA MAGALHÃES

**OS PARÂMETROS DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO
DOMICILIAR**

Dissertação apresentada para obtenção de grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Krieger Grossi - PUCRS

Prof^ª. Dr^ª. Maria Isabel Barros Bellini – PUCRS

Prof^ª. Dr^ª. Dolores Sanches Wunsch – UFRGS

PORTO ALEGRE

2024

Dedico essa pesquisa aos colegas que estão incluídos na atenção domiciliar, um mundo repleto de adversidades para o Serviço Social, mas também com grandes possibilidades.

AGRADECIMENTOS

Fazer mestrado sempre foi uma das minhas metas profissionais, mas jamais imaginei as barreiras que seriam enfrentadas logo no começo. Falo isso em relação ao fechamento do Programa de Pós-Graduação da PUCRS que fez com que abalasse mentalmente todos os alunos, dos quais eu me incluo, e funcionários em geral da instituição.

Porém, não posso deixar de olhar para todo esse caminho de dois anos e agradecer imensamente a oportunidade e aos professores que, mesmo dentro de uma turbulência, fizeram de tudo para que essa situação não viesse a atingir os estudantes e auxiliaram para que cada um conseguisse atingir seus propósitos até o final.

Agradeço a minha querida professora orientadora Dra. Patrícia Krieger Grossi que me acolheu profundamente no meio desse processo doloroso, me dando liberdade de criação e passando o seu toque a partir do conhecimento grandioso que possui.

Preciso agradecer também a Prof^a Dr^a Gleny T. D. Guimarães que, apesar de convivemos por apenas um semestre, foi quem me ajudou no pontapé inicial nessa escrita, que soube ler o meu silêncio quando eu estava totalmente perdida em minhas ideias e compreendeu o que eu realmente desejava pesquisar.

Igualmente, as professoras Dras. Maria Isabel Bellini (Belinha) e Beatriz Gershenson (Bia) que foram fundamentais e trouxeram leveza durante as aulas me instigando a conhecer melhor a realidade e gerando a vontade de analisar o contexto social cada vez mais. Além delas, sou grata a Prof^a Dra. Dolores Sanches Wünsch que, prontamente, e de uma maneira tão doce, aceitou participar da minha qualificação (e banca final), sem nem me conhecer despertando em mim novos olhares.

A todos(as) assistentes sociais, aos colegas das equipes interdisciplinares e gestores(as) do país que se dispuseram a participar de uma entrevista para que eu pudesse compor essa construção. Os(as) alunos(as) que tive a honra de encontrar no caminho e que me instigaram a realizar esse estudo, gratidão!

Minha família, meu marido e meus filhos, certamente merecem um lugar especial nesse agradecimento. Eles foram a minha principal fonte de inspiração e coragem nesse período. Ao Thor, meu “cãopanheiro” que esteve do meu lado, literalmente, em todos os meus momentos de escrita. Obrigada por tanto amor!

Aos(as) queridos(as) colegas que iniciaram comigo o mestrado e que foram excelentes parceiros de jornada. Isa e Fe, sem o nosso grupo do *Whatsapp*, para os momentos de desespero e desânimo, o caminho seria bem mais difícil!

Preciso agradecer também a Unimed Porto Alegre, empresa a qual trabalho, que me apresentou o mundo da atenção domiciliar, me liberou em muitos momentos para que pudesse concluir as aulas e que sempre acreditou que esse estudo contribuiria para o meu crescimento pessoal e profissional.

Por fim, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS e a CAPES pela concessão da bolsa parcial de mestrado e incentivo à pesquisa que possibilitou a realização deste estudo, tornando viável o ingresso e permanência no curso. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001” (“This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001”).

A nobreza do nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro.

Maria Lúcia Martinelli

RESUMO

Esta dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da PUCRS investigou o trabalho de assistentes sociais no âmbito da saúde, mais precisamente no espaço sócio-ocupacional da atenção domiciliar, que é uma modalidade peculiar onde a assistência ocorre dentro dos domicílios dos pacientes. Este modelo de cuidado impõe grandes desafios por tamanha complexidade, enredos e particularidades apresentadas, já que este deve ser compartilhado com os próprios pacientes, mas também com familiares, cuidadores e equipes interdisciplinares. Desta maneira, buscando compreender o trabalho de assistentes sociais na atenção domiciliar do Brasil no decorrer de 2022 e 2023, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, norteado pelo referencial teórico do método dialético crítico, com profissionais que trabalham neste segmento (assistentes sociais, especialistas de equipe interdisciplinares e gestores). O estudo teve como objetivo principal indicar os parâmetros que delineiam o trabalho do Serviço Social na área da saúde domiciliar no Brasil a fim de contribuir para a instrumentalização, valorização e visibilidade da categoria. Além disso, procurou relacionar as intervenções do(a) assistente social com as dimensões da profissão, identificar as competências, atribuições e os desafios enfrentados, revelar de fato os entraves e possibilidades encontradas pelo(a) profissional frente as equipes interdisciplinares, além de entender o motivo da reduzida inclusão da categoria nesse espaço. Para tal, utilizou-se da técnica “bola de neve” para realização de entrevistas on-line e, posteriormente, um grupo focal com nova recolha de dados e devolutiva dos resultados encontrados. Assim, as informações coletadas foram estudadas sob a perspectiva da análise de conteúdo, o que permitiu a entrada profunda no trabalho de assistentes sociais nesse domínio, de forma reflexiva, crítica e construtiva. A apreciação dos relatos de profissionais que trabalham na atenção domiciliar evidenciou o quão desafiador é esse campo por apresentar nuances significativas, com necessidades distintas, com interação e envolvimento de muitos profissionais e o indispensável grau de exigência em relação a segurança do paciente, além de requerer habilidades nem sempre proporcionadas pelos campos acadêmicos. A pesquisa desvelou também singularidades profissionais que se diferem de outros serviços da saúde, identificou as estratégias da categoria frente ao atual modelo capitalista e neoliberal, o qual estamos inseridos e vem promovendo impactos para todos os envolvidos e, ainda, ratificou a necessidade absoluta da inclusão do olhar social para este campo que pode ter o escopo de risco social como um grande aliado nessa conquista.

Palavras-chave: Saúde. Atenção Domiciliar. Serviço Social. Trabalho do(a) assistente social.

ABSTRACT

This paper presented to PUCRS Postgraduate Program investigated the role of social workers in the health field, more precisely in the socio-occupational space of home care, which is a peculiar modality where assistance occurs within patients' homes. This care model imposes great challenges due to such complexity, storylines and particularities presented since it must be shared with patients, family members, caregivers, and interdisciplinary teams. In this way, seeking to understand the role of social workers in home care in Brazil during 2022 and 2023, qualitative research was carried out, guided by the theoretical framework of the critical dialectical method, with professionals who work in this segment (social workers, interdisciplinary team specialists and managers). The main objective of the study was to indicate the parameters which outline the work of Social Services around home health in Brazil to contribute to the instrumentalization, valorization and visibility of this category. Furthermore, it sought to relate the social worker's interventions with the dimensions of the profession, identify the skills, duties and challenges faced, reveal the obstacles and possibilities encountered by the professional in the face of interdisciplinary teams, in addition to understanding the reason of the reduced inclusion of the category in this space. To this end, the "snowball" technique was used to conduct online interviews and, subsequently, a focus group with new data collection and feedback on the results found. Thus, the information collected was studied from the perspective of content analysis, which allowed deep entry into the work of social workers in this domain, in a reflective, critical, and constructive way. The assessment of reports from professionals who work in home care highlighted how challenging this field is as it presents significant nuances, with different needs, with interaction and involvement of many professionals and the indispensable degree of demand concerning patient safety, in addition to requiring skills not always provided by academic fields. The research also revealed professional singularities that differ from other health services, identified the category's strategies in the face of the current capitalist and neoliberal model, which we are part of and has been promoting impacts for everyone involved, and ratified the absolute need for inclusion from a social perspective to this field that can have the social risk score as a great ally in this achievement.

Keywords: Health, home care, Social Services, social work job.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do Programa Melhor em Casa	51
Figura 2 - Questionários utilizados na atenção domiciliar	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil dos(as) entrevistados(as)	22
Quadro 2 - Diferenças entre competências e atribuições no Serviço Social	40
Quadro 3 - Diferenças de competências e atribuições na atenção domiciliar	68
Quadro 4 - Instrumentos e ferramentas usadas na atenção domiciliar	76
Quadro 5 - Diferenças entre a rede pública e privada na atenção domiciliar	81
Quadro 6 - Escala de Avaliação de Internação Domiciliar do NEAD	91
Quadro 7 - Escore de Risco Social na Atenção Domiciliar.....	94

LISTA DE SIGLAS

ABEMID	Associação das Empresas de Medicina Domiciliar
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividade da Vida Diária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CDSS	Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
COVID-19	Doença do Coronavírus 19
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
EMAP-R	Equipes Multiprofissionais de Apoio para Reabilitação
ENPESS	Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ID	Internação Domiciliar
JOINPP	Jornada Internacional de Políticas Públicas
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NEAD	Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Projeto Ético-Político
PMeC	Programa Melhor em Casa
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

PROEX	Pró-Reitoria de Extensão
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAS	Rede Assistencial à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E OS (DES)CAMINHOS DO SERVIÇO SOCIAL NESSE ÂMBITO	24
2.1 O CONTEXTO HISTÓRICO E O PANORAMA ATUAL DA SAÚDE BRASILEIRA	24
2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE COMO EQUIPE MÍNIMA DE CUIDADO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	35
3 ATENÇÃO DOMICILIAR: UM MODELO SINGULAR DE CUIDADO	45
3.1 LEGISLAÇÃO, PRINCÍPIOS E PRÁTICAS DA MODALIDADE DOMICILIAR.....	45
3.2 OS ELEMENTOS SOCIAIS NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	54
4 OS PARÂMETROS DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO DOMICILIAR	66
4.1 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	66
4.2 DEMANDAS E ESTRATÉGIAS DE ASSISTENTES SOCIAIS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR DA REDE PÚBLICA E PRIVADA.....	78
4.3 OS DESAFIOS E AS PERSPECTIVAS SOCIAIS NOS SERVIÇOS DOMICILIARES	83
4.4 ESCORE SOCIAL: UM INSTRUMENTO DE LEGITIMAÇÃO PARA O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL	90
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM ASSISTENTES SOCIAIS.....	108
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM GESTORES(AS)	109
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR	110
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	111
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM ASSISTENTES SOCIAIS	114
ANEXO A – TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – NEAD	115
ANEXO B – TABELA AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL–ABEMID	117
ANEXO C – AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO.....	118
ANEXO D – ESCALA DE VULNERABILIDADE FAMILIAR	119
ANEXO E – ESCALA DE ZARIT	120
ANEXO F – ESCORE DE RISCO SOCIAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR	122

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), atrelada à linha de estudo Serviço Social, Trabalho e Processos Sociais. O referido estudo abordou as atividades de assistentes sociais na atenção domiciliar no Brasil com o intuito de definir os parâmetros do trabalho nesse espaço para a categoria profissional. Vale destacar que a pesquisa foi financiada pelo Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) / Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) por meio de uma bolsa parcial de estudos.

A atenção domiciliar faz parte da política de saúde brasileira e é um dos espaços sócio-ocupacionais em que os(a) assistentes sociais desempenham o seu trabalho diariamente. Neste espaço de trabalho enfrentam diversos desafios, entretanto, buscam auxiliar e reduzir os impactos de doenças que acarretam danos para todos os envolvidos, sejam eles pacientes, familiares e/ou cuidadores.

Inicialmente, cabe destacar três motivações iniciais para essa pesquisa: a) o trabalho desenvolvido pela pesquisadora na área da atenção domiciliar; b) as raras produções teóricas na área de Serviço Social sobre o tema; e c) a falta de visibilidade social nesse cenário.

A pesquisadora labora neste âmbito desde 2012. Logo, percebe que a falta de materiais técnicos e de apoio específico ocasionaram dificuldades desde o início da sua trajetória. Afinal, raramente, se ouve falar desse campo nas graduações, o que torna o caminho dos(as) assistentes sociais que se deparam com essa realidade ainda mais arenoso, na descoberta de como adentrar nas casas dos(as) pacientes diariamente, efetivar o seu trabalho, desenvolver as suas competências e atribuições, a forma de viabilizar direitos, de buscar estratégias para proporcionar dignidade e aplicar a instrumentalidade em cada caso acontece no cotidiano, sem o devido embasamento.

A área da saúde sempre foi o campo idealizado pela pesquisadora desde o início da graduação em Serviço Social, que foi realizada na Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), localizada no município de Canoas, no Estado do Rio Grande do Sul, durante os anos de 2001 a 2007. Este desejo de trabalho fez com que a pesquisadora trilhasse o seu percurso acadêmico, bem como, complementasse o mesmo com diversos cursos, capacitações e experiências nesse horizonte. Contudo, nem mesmo as especializações realizadas

posteriormente à graduação nas seguintes áreas: Intervenção Familiar e Comunitária no âmbito das Políticas Públicas (Ulbra- Canoas, 2008/2009); Direito Aplicado aos Serviços de Saúde (Verbo Jurídico, 2015); Master in Business Administration (MBA) em Saúde (Instituto São Camilo, 2022); e Cuidados Paliativos (Unyleya, 2023) foram consideradas suficientes para alcançar estratégias efetivas, bem como, habilidades necessárias no campo da atenção domiciliar, uma vez que o trabalho mostra-se desafiador a todo momento por tamanha especificidade.

A pesquisadora passou por dificuldades e compreendeu os anseios profissionais na aplicação dos conhecimentos nesse âmbito. Com isso, desde 2020, realiza cursos nessa conjuntura visando facilitar o percurso dos(as) colegas de profissão. A partir dessas experiências torna-se perceptível e latente os obstáculos enfrentados no fazer profissional. Desta forma, evidenciar e trazer mais clareza a esse trabalho virou uma obstinação.

Posto isso, é primordial compreender que o campo da atenção domiciliar é um espaço sócio-ocupacional incomum a outros serviços de saúde. Assim, se faz necessário desenvolver meios para manejar situações diferenciadas, identificar demandas sociais agudas/crônicas e planejar estratégias para circunstâncias imprevisíveis que ocorrem dentro dos ambientes domésticos dos(as) pacientes. Tais aspectos, em sua maioria, são agravadas por fragilidades emocionais, sociais e clínicas que potencializam a desorganização e estresse para todas as pessoas envolvidas.

Ademais, é preciso entender os termos exclusivos usados na área (insumos, materiais e equipamentos), bem como, conhecer as legislações básicas e específicas da saúde, como a Resolução da Diretoria Colegiada de nº11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 2006, que estrutura os serviços domiciliares. Vale ainda destacar a heterogeneidade e nuances relacionadas aos cuidados e segurança do(a) paciente que, diferentemente do hospital, não tem acesso a um botão específico que permite ter todo o aparato necessário de forma imediata. É importante mencionar também que os domicílios, por vezes, são localizados em lugares de difícil acesso e com poucos recursos. Assim, entender sobre logística e conhecer as condições de acessibilidade são imprescindíveis para propor alternativas que visam melhorar a organização familiar. Questões como essas, e muitas outras que serão apresentadas, são inimagináveis para as pessoas que não laboram neste serviço.

Conforme cita Rodrigues (2022), a atenção domiciliar é “o local da relação amorosa ou até mesmo de conflitos diante das adversidades do funcionamento familiar”. Contudo, apesar de todo enredo envolvendo situações privadas e íntimas, se promove o

empoderamento, a autonomia, a promoção de independência de cuidado e saúde sempre identificando, incorporando e adaptando a cultura, os valores, os hábitos, o quadro econômico e os princípios de cada atendimento.

Sobretudo, mesmo diante de tantos fatos significativos nesse contexto, a falta de interesse pelo viés social neste panorama sempre chamou a atenção da pesquisadora, pois este campo sempre fora construído pela gama maciça de enfermeiros, médicos e fisioterapeutas. Diante disso, cabe aqui questionar: Sem o Serviço Social, quem faz o cuidado da dimensão social junto ao paciente e seus familiares? Quem identifica a realidade social e as demandas que podem auxiliar ou prejudicar uma assistência na residência? Quem orienta e realiza os encaminhamentos necessários para a rede de apoio e suporte? Quem faz a articulação intersetorial para conseguir recursos imprescindíveis? Quem maneja os conflitos sociais inerentes do atendimento domiciliar causado pelo estresse do(a) cuidador(a)/familiar?

Com o propósito de aprofundar conhecimentos na temática, responder as inquietudes e evidenciar possíveis respostas para as perguntas acima, buscaremos subsídios, primeiramente, com base na política de saúde no país, desde a Constituição Federal (CF) de 1988, que foi um dos marcos históricos das últimas décadas, assim como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, que apresentou a Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de 1986, como aspecto preponderante. Posteriormente, será realizada uma análise importante da atual conjuntura que, apesar dos avanços obtidos nos últimos anos, ainda enfrenta muitos impasses para a sua real concretização e garantias de direitos universais.

Os obstáculos emergentes estão atrelados ao modelo de ajuste neoliberal e capitalista em que estamos inseridos, onde deparamo-nos cada vez com mais cortes de trabalhadores(as), readequações de verbas, privatizações, fragmentações assistenciais, falta e/ou quebras de planejamentos e desorganizações de gestão. Estes fatos tornam a atuação no setor apresentado em uma adversidade diária para os(as) assalariados(as) em geral e toda sociedade.

Entretanto, é neste cenário contraditório que a atenção domiciliar constantemente ganha relevância no país, pois surge como uma alternativa assistencial aos(às) pacientes que apresentam restrições para realizar o seu deslocamento às unidades de saúde (por suas limitações físicas). Deste modo, contribui para a qualidade de vida e redução dos custos de toda a rede (seja ela pública ou privada), uma vez que os valores dos serviços são menos elevados, de modo geral.

O referido modelo alternativo de saúde, que ocorre dentro dos espaços caseiros dos(as) pacientes, permeia fatores para além da doença em si, com particularidades, singularidades e

complexidades que envolvem os aspectos relacionados aos determinantes sociais em saúde. Este modelo evidencia situações de moradia, escolaridade, emprego, violência, renda, relacionamentos familiares, entre outros. É neste espaço que envolve múltiplos fatores com situações dinâmicas, que apresenta um emaranhado de aspectos que necessitam ser mediados e que ocorre o alargamento das expressões da questão social, que pesquisaremos as funções do(a) assistente social na atenção domiciliar.

Nesse ínterim, é salutar ressaltarmos que a saúde em geral é umas das áreas que mais necessitam e empregam o Serviço Social no país. Em contrapartida, a atenção domiciliar, como uma das esferas dessa política que se expande, principalmente, após a pandemia da Doença do Coronavírus 19 (COVID-19), e aumenta cada vez mais as suas equipes multiprofissionais, nem sempre contam com assistentes sociais em seu escopo.

Conforme o Ministério da Saúde (MS), na Atualização do Programa Melhor em Casa (PMeC) de 2023, a atenção domiciliar do SUS “conta com mais de 2.080 equipes habilitadas em seu quadro, está presente em mais de 951 municípios do país e tem 47% da população coberta. Em 2022 foram 219.508 mil pessoas assistidas”. São 22.074 trabalhadores(as) no total, sendo, em média, 650 profissionais do Serviço Social. Vale destacar que Roraima é o único Estado do país que não desenvolve esse programa e que ainda não solicitou, até o momento, a inclusão no mesmo.

A Portaria nº 825, de 2016, que redefine os profissionais nesse âmbito, reconhece o(a) assistente social como parte relevante deste espaço trazendo-o como partícipe mínimo para a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD), tipo 1. Apesar da contestável forma descrita de que o(a) assistente social pode ser substituído pelo(a) fisioterapeuta, cujas atribuições são bem diversas, o art. 17 menciona:

- a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe e;
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe. (Brasil, 2016).

Já na área privada, segundo os últimos dados estatísticos do censo NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Atenção Domiciliar), importante órgão do segmento, de 2019 a

2020¹, “apenas 7% de todas as empresas entrevistadas no Brasil possuem esse técnico”. Nessa mesma pesquisa, “das 12 profissões elencadas, entre elas a medicina, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, entre outras, o Serviço Social ocupou apenas o 11º lugar no ranking de contratações”, ficando somente acima dos farmacêuticos, ou seja, muito abaixo do esperado. No censo do ano seguinte, de 2021 e 2022, os(as) assistentes sociais ficaram ainda mais abaixo, em último lugar, sendo percebido em apenas 1% das 54 empresas que responderam ao questionário da pesquisa.

Como podemos observar, a grande fatia de assistentes sociais desta área está alocada na rede pública. Contudo, diante da realidade dos números de especialistas sociais que trabalham nesse segmento na rede privada, os dados demonstram que a participação é irrisória, ainda mais quando relacionada com a importância da categoria, o que demonstra um contexto antagônico e incoerente.

Conforme a observação e análise feita pela mesma instituição pesquisadora, o NEAD (2022), “65% dos atendimentos na atenção domiciliar têm vulnerabilidades sociais severas que impactam diretamente na área assistencial”, ou seja, grande parte dos casos apresentam situações de carências e fragilidades que são condicionantes para o cuidado ideal do(a) paciente na sua residência, podendo ser independentes de condições socioeconômicas. Assim, questiona-se: Como tratá-las sem o Serviço Social na linha de frente para combatê-las?

Baseado nos dados da realidade, é preciso nos apropriarmos e entendermos cada vez mais esse espaço sócio-ocupacional a fim de que, em um futuro breve, seja possível ganhar a notoriedade que Martinelli tanto destaca.

Não podemos, portanto, olhar para o tempo presente como um tempo de crise de identidade, de invasão de espaços profissionais, de quedas de legitimidade. Estamos sim, diante de novas formas de profissionalização, de novas frentes sociais de aparecer das profissões. A nossa prática terá certamente, a visibilidade que coletivamente dermos a ela. (Martinelli, 2019, p.8).

Desta maneira, ratificamos que, por ser uma área distinta, pouco explorada, com escasso material bibliográfico, é que se justifica o desenvolvimento desta temática para a comunidade acadêmica. É necessário identificar as demandas, as competências e atribuições

¹ As pesquisas do NEAD em relação ao cenário da atenção domiciliar privada ocorrem a cada dois anos.

da profissão neste setor para instrumentalizar o trabalho de assistentes sociais e, com isso, aumentar a notoriedade da categoria.

Além da reservada inclusão de profissionais neste serviço, também destacamos a discreta produção científica do tema. Com a realização de uma busca no acervo da biblioteca da PUCRS, encontramos apenas duas produções com a temática Serviço Social e atenção domiciliar. A primeira delas corresponde a uma dissertação de mestrado da pesquisadora Fernanda Brenner Morés, do ano de 2021, que investigou a Transição de Cuidados do hospital para o domicílio mostrando a nova realidade e os seus benefícios quando efetivada de forma planejada e segura. A outra é a tese de doutorado, da autora Ana Paula Fabbris Andreatta, no ano de 2015, que teve o foco no contexto da pessoa idosa e buscou identificar os aspectos que envolvem a atenção domiciliar como um meio favorável de prevenção para as reinternações hospitalares frequentes demonstrando este ser de grande valia e ter um significado benéfico para os(as) pacientes e seus familiares.

Durante a realização de uma busca mais avançada, na base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), localizamos diversas produções científicas desta temática, porém nenhuma que propusesse os parâmetros do trabalho de assistente social. Em relação a artigos publicados nos últimos eventos relevantes da área, como o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), o Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social (ENPESS) e a Jornada Internacional de Políticas Públicas (JOINPP) não foram encontrados destaques deste assunto. Entretanto, quando se abrange a pesquisa buscando a atenção domiciliar por outras categorias profissionais, como enfermagem, medicina, psicologia etc., nos deparamos com variadas publicações.

Sendo assim, com a certeza da sua relevância para os(as) assistentes sociais e comunidade acadêmica em geral, o tema central desta dissertação é: “O trabalho de assistentes sociais na atenção domiciliar do Brasil no decorrer de 2022 e 2023”. Com a pesquisa, buscamos entender, elaborar e definir as especificidades desse campo no país e, assim, contribuirmos para a instrumentalização, valorização e visibilidade da categoria profissional. Por conseguinte, pretendemos relacionar as intervenções do(a) assistente social com as dimensões teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo da profissão e, desta forma, alcançarmos os conhecimentos necessários atrelados ao problema desta dissertação.

A metodologia é fundamental para o desenvolvimento do estudo e, para isso, foi considerada a proposta de compreensão da estruturação da atenção domiciliar na perspectiva

dos(as) profissionais de saúde nas redes em que há esse serviço, ou seja, na esfera pública e privada. Para tal, a dissertação foi sustentada pela corrente teórica marxista, norteadada pelo referencial teórico do método dialético crítico, partindo do entendimento da realidade e suas contradições, explicando os fenômenos sociais dos quais o Serviço Social está inserido na saúde.

Assim, a pesquisa foi realizada por meio de um estudo qualitativo, quando os números estatísticos fazem parte do estudo, porém não são os mais importantes a serem destacados. A qualidade dos fatos e os dados identificados são a centralidade da abordagem, que, conforme Guerriero (2006, pg. 15), “pode ser pensada como um conjunto de práticas que se apresenta em sua história conforme tensões e contradições incluindo seus métodos e as maneiras de como se chegar a seus achados e interpretações”.

Em contribuição, Benjamin (2004) destaca que as entrevistas são uma ferramenta potente para obtermos um diálogo. Para isso, a coleta dos dados foi realizada no período de março a novembro de 2023, tendo como critérios de inclusão os profissionais que já operavam nos serviços de atenção domiciliar (SAD) há mais de um ano. Estas ocorreram conforme a disponibilidade dos(as) participantes e foram transcritas na íntegra ao final de cada uma delas.

Para a escolha das pessoas entrevistadas, foram enviados convites de participação em dois grupos de *whatsapp* com assistentes sociais da atenção domiciliar, sendo um grupo composto por profissionais da rede pública e outro por profissionais da rede privada. A partir do primeiro convidado que aceitou participar, se deram os próximos, ou seja, estes ocorreram através da técnica “bola de neve” com os próprios entrevistados(as) indicando mais assistentes sociais, gestores e profissionais de outras classes para fazerem parte dessa pesquisa.

Esta técnica, apesar de pouco utilizada,

Mostra-se como um processo de permanente coleta de informações, que procura tirar proveito das redes sociais dos entrevistados identificados para fornecer ao pesquisador com um conjunto cada vez maior de contatos potenciais, sendo que o processo pode ser finalizado a partir do critério de ponto de saturação. (Vinuto, 2014, p. 204).

Após finalizada esta etapa, as entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora com roteiros diferenciados que foram correlacionados e interligados entre si e delineados pelas questões norteadoras, abertas e fechadas, trazendo a interlocução de três categorias

diferentes, assistentes sociais (Apêndice A), gestores (Apêndice B) e profissionais da equipe interdisciplinar (Apêndice C).

A proposta inicial do projeto era contar com o universo de 20 profissionais. Contudo, no decorrer do estudo o número de entrevistados foi reduzido em virtude da dificuldade na localização destes que se encontravam em Estados diversos, pela carência de indicações dos participantes, pela indisponibilidade de agenda dos convidados, e, por fim, por já termos identificado um conteúdo satisfatório, suficiente e entendido como ideal para a compor a análise.

Desta forma, os encontros ocorreram de forma online, via plataforma *google meet* e contou com 13 participantes, sendo oito assistentes sociais, dois gestores dos serviços de atenção domiciliar e ainda cinco profissionais da equipe interdisciplinar de categorias diversas. Além de contarmos com técnicos variados, para ultrapassarmos a visão endógena do Serviço Social, a metade dos participantes foi composto por trabalhadores do poder público e o restante do privado para abordarmos e entendermos globalmente todas as realidades existentes no Brasil.

Minayo, et al. (2003) destacam que este tipo de estudo corresponde a quesitos bem específicos e particulares, mostrando as aspirações, crenças, valores, atitudes que traduzem o mais profundo da investigação e das relações humanas tendo como objetivo explicarmos, através da dialética, o trabalho permeado com base nos fenômenos sociais que devem ser compreendidos nas suas “determinações e transformações dadas pelo sujeito” (pg. 25).

Nesta perspectiva, analisamos as categorias de acordo com o legado da teoria marxiana para construirmos o arcabouço de fundamentos necessários ao desvelo dessa conjunção profissional. Este carrega as relações concretas no espaço sócio-ocupacional em que o seu fazer está situado, as contradições enfrentadas nessa realidade, além da historicidade a qual o Serviço Social está inserido e foi levantada nesse âmbito de estudo.

Desta maneira, destacamos de forma crítica, o trabalho da categoria no âmbito da saúde, pautando e refletindo os desafios fundados pelas relações capitalistas no seu exercício profissional, que trazem como uma das consequências a “autonomia relativa pautada por seus valores, projetos profissionais e societários que determinam, em parte, a sua ação” (Xavier et al., 2014, p. 78).

Conforme os mesmos autores (2014, p. 78):

A legitimidade da prática profissional pauta-se também nas interpretações normativas, cognitivas e de controle social que se estabelecem no seu processo de historização e objetivação na sociedade. Desta maneira, ela passa a se sustentar por meio de complexos mecanismos institucionais/legais que vão moldando seu corpo e forma, como as leis que regulamentam a profissão, o currículo mínimo para formação profissional, o código de ética dos assistentes sociais, entre outros instrumentos, ressaltando assim, que a constituição da prática profissional não se estabelece ou se define apenas pela simples vontade de grupos determinados, mas sim num complexo jogo de relações presentes em determinado momento histórico.

Para isso, coube investigarmos o trabalho realizado pelos(as) assistentes sociais na atenção domiciliar acerca dos seus fundamentos profissionais. Para isso, utilizou-se o método de Bardin (1977) explorando a pré-análise, seguindo com o aprofundamento do material coletado e, posteriormente, fazendo o tratamento dos resultados alcançados (inferência e interpretação) para atingirmos o nosso propósito e compreendermos todo o contexto pesquisado.

A pré-análise foi a fase inicial, de organização e sistematização das ideias elencadas conforme as respostas dos participantes e os objetivos iniciais da pesquisa. Posteriormente, foi realizada a leitura do material, a organização de todos os elementos e em seguida a realização da exploração do material onde os itens foram codificados para o alcance da compreensão do texto e codificação das categorias temáticas, por semelhanças.

Logo, os resultados obtidos foram tratados e interpretados para se tornarem significativos, válidos e evidenciarmos as informações obtidas com a análise dos dados. Os dados foram observados para além das falas contempladas e registradas, de modo reflexivo, crítico e construtivo para que, realmente, pudéssemos definir e corroborar com os parâmetros do trabalho de assistentes sociais neste espaço sócio-ocupacional.

Nessa esfera, Bardin (1977) destaca a importância de serem usados os critérios da exaustividade, com o esgotamento da totalidade da comunicação, a representatividade, onde os documentos selecionados devem conter informações que perpassem pelo universo a ser pesquisado, a homogeneidade, quando os dados devem estar condizentes com a temática escolhida e a pertinência, que mostra que as informações precisam estar de acordo com os objetivos.

Em relação aos aspectos éticos e o sigilo profissional, estes foram preconizados na dissertação para garantirmos a transparência aos(as) participantes da pesquisa. Logo, houve o cumprimento do Código de Ética que regulamenta o exercício do Serviço Social e do Código de Ética em Pesquisa quanto aos estudos com seres humanos do Ministério da Saúde, onde é

obrigatório a coleta de assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

A análise das informações obtidas possibilitou a caracterização do perfil de assistentes sociais de mais de uma região do país, ficando de fora somente a região centro-oeste (por falta de profissionais apontados), o que permitiu a análise sobre as atividades desenvolvidas no serviço de atenção domiciliar pelo Serviço Social.

Segue abaixo o perfil dos entrevistados(as):

Quadro 1 – Perfil dos(as) entrevistados(as)

	Categoria	Profissão	Tempo de SAD	Região do Brasil	Rede de atendimento
E 1	Serviço Social	Assistente social	5 anos	Sudeste	Pública
E2	Serviço Social	Assistente social	5 anos	Sudeste	Pública
E3	Serviço Social	Assistente social	2 anos	Norte	Pública
E4	Serviço Social	Assistente social	5 anos	Sudeste	Pública
E5	Serviço Social	Assistente social	2 anos	Sul	Privada
E6	Equipe interdisciplinar	Fisioterapeuta	1 ano	Sudeste	Privada
E7	Equipe interdisciplinar	Enfermeira	10 anos	Sul	Privada
E8	Serviço Social	Assistente social	2 anos	Sul	Privada
E9	Serviço Social	Assistente social	20 anos	Nordeste	Privada
E10	Equipe interdisciplinar	Médico	8 anos	Sudeste	Pública
E11	Gestão	Enfermagem	5 anos	Sudeste	Pública
E12	Gestão	Médico	6 anos	Sul	Privada
E13	Serviço Social	Assistente Social	2 anos	Sudeste	Privada

Fonte: Elaborado pela autora.

A devolução do conjunto de todo o estudo ocorreu por meio de um grupo focal, tendo um roteiro previamente definido (Apêndice E) realizado com os(as) assistentes sociais que participaram da entrevista e desejaram compartilhar este momento. O referido momento teve a intencionalidade de devolver, de forma ética, os resultados encontrados e ainda coletar mais dados que resultará, posteriormente, a banca final da dissertação, na formulação de uma cartilha contendo os parâmetros do trabalho de assistentes sociais na atenção domiciliar. Ele foi realizado também de modo virtual já que “a internet não só amplia o número de pessoas

envolvidas na pesquisa como garante diversidade devido a sua capacidade de atingir àqueles que residem em várias regiões do país e do mundo” (Abreu; Baldanza; Gondim, 2009, p. 6) e contou com a presença de três dos(as) entrevistados(as), sendo dois(duas) do Estado do Rio Grande do Sul e um(uma) de Minas Gerais.

Partindo da apreciação dos conteúdos obtidos nas entrevistas, das múltiplas falas trazidas por cada entrevistado(a), foram identificados diversos itens das categorias elencadas previamente: Serviço Social, saúde, atenção domiciliar e trabalho do Serviço Social, as quais veremos no decorrer desta investigação.

Diante do exposto, a presente dissertação foi dividida em cinco capítulos, sendo o primeiro deles a introdução, elaborada para apresentar uma breve descrição dos assuntos desenvolvidos e os caminhos metodológicos utilizados para o estudo.

Seguindo, apresenta-se o capítulo intitulado “A política de saúde no Brasil e os (des)caminhos do Serviço Social nesse âmbito” mostrando as legislações desse horizonte, um apanhado histórico do Brasil e, ainda, salientando a relevância do(a) assistente social na equipe mínima de cuidados.

Na terceira parte, que recebeu o título de “A atenção domiciliar: um modelo singular de cuidado”, abordaremos este modelo assistencial que reitera o sistema de saúde no país demonstrando como este se destaca, evidenciando as suas peculiaridades frente os demais serviços e ainda denotando os elementos sociais que fazem parte e se conectam com essa realidade.

No quarto capítulo abordaremos “Os parâmetros do trabalho de assistentes sociais na atenção domiciliar” apresentando as competências e atribuições cotidianas da categoria nesse panorama, as demandas encontradas comumente e ainda as estratégias usadas para as interferências nas situações sociais frágeis que são inerentes no atendimento desta ordem das quais, se não tratadas, dificultam ainda mais o cuidado assistencial. Além disso, destacaremos o Escore de Risco Social criado para embasar, nortear e subsidiar os colegas nesse panorama, demonstrando as atividades em que a categoria tem total domínio e expertise para comandar.

Por fim, faremos as considerações objetivando relatar a forma diferenciada dos(as) trabalhadores(as) sociais nesse espaço sócio-ocupacional em consonância com os materiais encontrados com a pesquisa, respondendo, assim, os objetivos centrais que embasaram esta dissertação.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E OS (DES)CAMINHOS DO SERVIÇO SOCIAL NESSE ÂMBITO

Tendo em vista apresentar a fundamentação teórica que subsidia as discussões e análises a serem realizadas no decorrer deste trabalho, entende-se ser necessário fazer referência à política de saúde no Brasil a partir do seu contexto histórico. Além disso, também se torna pertinente compreender o trabalho de assistentes sociais como parte da equipe de cuidado neste âmbito.

2.1 O CONTEXTO HISTÓRICO E O PANORAMA ATUAL DA SAÚDE BRASILEIRA

A terminologia da palavra saúde, tanto em português quanto em outros idiomas, como castelhano (*salud*), francês (*salut*) e italiano (*salute*), são provenientes do latim e referem-se à integralidade, inteiros, sistêmico e ao que se relaciona com o todo.

Em consonância com o exposto, a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, descreveu, a partir da Declaração dos Princípios Universais de Direito Humano, que "todo cidadão tem direito à saúde", ou seja, os indivíduos (sociedade em geral) necessitam fundamentalmente terem qualidade de vida que os possibilitem alcançar bem-estar e saúde.

Cabe ressaltar que, anteriormente a esse período, ter saúde significava apenas a ausência de doenças, ou seja, era o fato de não estar doente que se considerava. Contudo, no decorrer dos anos, com estudos realizados, pesquisadores perceberam que isso não tinha lógica, pois o motivo da pessoa não apresentar nenhum comprometimento físico/clínico aparente, não significava que ela realmente estava bem em todos os seus aspectos de vida.

A Lei de nº 8.080/1990 (SUS), em seu artigo 2º, refere que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, o que é complementado pelo artigo 3º:

[...] os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Brasil, 1990).

Sendo assim, entende-se que os fatores determinantes e condicionantes da saúde, na qual as expressões da questão social se exalam, no contexto e nas condições sociais,

impactam o processo saúde-doença. Segundo Rocha *et al.* (2023), o processo de saúde-doença é um conceito central da proposta da epidemiologia social, que a caracteriza como componentes integrados ao modo dinâmico de vida das pessoas e aos mais diversos grupos sociais. As autoras destacam que cada situação deste sistema é resultado de um conjunto de seus determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, estruturais e biológicos, ou seja, está relacionado aos acontecimentos, fatos, situações e comportamentos da vida que afetam, diretamente e indiretamente, os indivíduos e a coletividade em geral.

Partindo desta consideração, a saúde deve ser classificada para além da parte clínica, afastada do campo biológico, não sendo observada apenas do ponto de vista da doença. A saúde engloba múltiplos fatores complementares que, levando em consideração a baixa condição de vida básica e o acesso ao mínimo desejável para uma existência saudável, corrobora para que as fragilidades dos itens acima mencionados aumentam as probabilidades do surgimento de inúmeras enfermidades. Desta forma, é necessário analisarmos o corpo, a mente, o espiritual e a realidade social no qual o indivíduo está inserido, o seu estilo e o ritmo de vida impostos pela cultura, pela organização societária, pela vida estressante das grandes metrópoles, pelas relações econômicas, pelas crenças e ainda pelas dinâmicas relacionais.

Relacionado a isso, Carvalho (2013, p. 19) cita que:

As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças - assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países - acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem.

O panorama social apresentado entre os anos de 1990 e 2000, evidenciava a temática da desigualdade social que estava em voga no país e no mundo. Este aspecto fez com que Organização Mundial de Saúde (OMS) fundasse, em 2005, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS/OMS) composta por dezenove membros, considerados “notáveis” do segmento, sendo eles pesquisadores, médicos e políticos, que tinham como objetivo combater as desigualdades em saúde. A CDSS tinha como proposta a atuação com os Estados Membros da OMS, a participação social e as redes globais de conhecimento (2008). Além disso, pretendiam produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil, apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde e promover atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre essa temática.

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na apresentação no Relatório Final da Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada em 2009, definiu essa pauta em:

Os DSS são determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das inequidades entre os países e internamente. Eles incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente. (FIOCRUZ *apud* OMS, 2009).

Essa pauta incluiu as condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais da coletividade e relacionam-se com as condições de vida e de trabalho de seus membros, além de habitação, saneamento, serviços de saúde e educação, abrangendo ainda a composição de redes sociais e das comunidades em geral. Estes contemplam o indispensável planejamento e tomada de decisão voltada para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças, bem como, de outros agravos, sem negligenciar a participação da sociedade, o que já havia sido definido pela Constituição Federal do Brasil, de 1988, em seu artigo 196º:

A saúde um 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 a promoção, proteção e recuperação.

Deste modo, entende-se que a gestão dos serviços de saúde e das redes de apoio social precisam ser planejados e geridas pelo poder público de acordo com as demandas e necessidades da população de determinados territórios, de forma singular, a fim de que realmente seja olhado para as suas carências.

A questão do adoecimento (Castro *et al.*, 2002) deve ser encarada como reflexo de todo o contexto de desigualdade que o sujeito experimenta em sua trajetória biográfica. Com isso, percebe-se que a análise dessa temática perpassa totalmente pelo trabalho de assistentes sociais na saúde já que a falta de condições mínimas, que correspondem as vulnerabilidades dos sujeitos em diversos âmbitos, impactarão assistencialmente em suas perspectivas de longevidade.

Com essa fundamentação e dada a relevância da temática, salientamos que a saúde faz parte, atualmente, dos direitos sociais, já que foram ratificados pela Constituição Federal (1988), apresentando novos patamares para essa realidade que, ainda, foram completados pela

Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2011) que designou vários preceitos que precisam ser exaltados:

Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Como citado anteriormente, até o final da década de 1980 este sistema no país era totalmente limitado. O pontapé inicial da mudança aconteceu na década de 1970 com o movimento da Reforma Sanitária, em plena ditadura militar, onde a sociedade corajosamente buscou, por meio de reivindicações, transformar o modelo em vigor, almejando melhorias nas condições de vida da população, afinal somente uma parcela da sociedade conseguia ter o acesso que precisava.

Conforme o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010), a principal proposta deste marco histórico da sociedade brasileira foi a defesa da universalização das políticas e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressaltou-se a concepção ampliada de saúde, buscando condições honradas para a população, com ênfase nos determinantes sociais e ressaltou a nova organização do sistema por meio da construção do SUS. Isso, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais da União, Estado, municípios, territórios na prestação dos serviços e, ainda, o efetivo financiamento público para esse alcance.

Essa situação, que visava à criação do novo modelo, culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, que foi o primeiro e mais importante evento para contribuição do escopo da saúde que temos atualmente. A VIII CNS contou com a participação da sociedade em geral, já que anteriormente a participação era destinada apenas a deputados, senadores e autoridades do setor que faziam as discussões da área.

Foram cinco dias de debates, mais de quatro mil participantes, 135 grupos de trabalho com a finalidade de contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde, construir o seu desenho e funcionamento, além de subsidiar as discussões do setor para a Constituição

Federal que seria promulgada em 1988. Os pontos principais de debate neste foram: a saúde como dever do Estado e direito do povo, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento do setor. Bravo (2009) destaca que esta conferência apresentou como ideias fundamentais a participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização, buscando a extensão dos direitos sociais, entre eles a saúde, a qual acabou sendo ratificada, então, como um direito do cidadão e um dever do estado.

O evento trouxe em seu relatório final a descrição do consenso em relação à formação de um sistema único de saúde, separado da previdência, e coordenado, em nível federal, por um único ministério. Além disso, sancionou que o financiamento deveria se dar através de impostos gerais incidindo sobre os produtos e as atividades nocivas à saúde. Neste, inclusive, foram aprovadas as propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município e deu subsídios para os descritos na CF do Brasil, no que diz respeito à saúde, servindo de base para os preceitos da Lei do Sistema Único de Saúde, de 1990, e que, apesar de toda desvalorização e precariedade nos dias atuais, serve de modelo para outros países em função dos seus princípios atendendo a todos, de modo universal.

Nesse sentido, podemos falar que houve de fato um reordenamento ideológico e institucional no país. Ideológico em vista dos princípios basilares da política de saúde, que são alterados a partir de então, e institucional em função da criação do sistema único no país. Foi uma ruptura com propostas inovadoras visando um modelo com caráter igualitário a todos, independentemente de renda.

Foi então que, a partir do século XX, se iniciou um novo olhar para a saúde no mundo. No Brasil, resultou na formulação de um conjunto de legislações nesse âmbito o que, atualmente, são fundamentais para a sociedade no país. A Constituição Federal e a Lei de nº 8.080/1990 (SUS), já citadas anteriormente neste estudo, e a de nº 8.142/1990 (que contempla a participação da sociedade na política) fazem parte do tripé da saúde que compõe o combo brasileiro que deram ao sistema uma conotação de direito inerente a esse âmbito e proporcionaram um olhar de dignidade e cidadania através da reformulação nacional e (re) planejamento do financiamento do setor.

A Carta Magna, após sua decretação, no final da década de 1990, trouxe avanços constitucionais significativos ao Brasil, sendo um marco histórico da redemocratização, após um longo período de ditadura militar, servindo de importante arcabouço jurídico-institucional do aparelho de saúde que modificou e sancionou o seu fornecimento pelo poder público de

forma integral. Bravo (2006) destaca ainda que esta legislação introduziu medidas que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas nos séculos passados que não permitiram a universalização dos direitos tendo como relevância a privatização dos setores e serviços públicos pelas classes capitalistas e dominantes (burguesia). A Constituição Cidadã, outra nomenclatura a qual é dada para a legislação, ampliou as prerrogativas da sociedade, demonstrou aspectos essenciais à manutenção e ao fortalecimento da democracia, trouxe o pluralismo político, o voto direto e secreto, a garantia dos direitos individuais, entre muitos outros requisitos essenciais.

Situado no capítulo “Da Ordem Social”, no contexto da Seguridade Social, onde fazem parte as frentes da Saúde, Assistência Social e Previdência Social, a primeira delas vem destacada no documento através dos artigos de números 196, já citado anteriormente, até o de nº 200. (CF, 1988). No artigo 197, a legislação demonstra o papel do setor público evidenciado que “as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Já no próximo artigo, o de nº 198, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes” dando conotação a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Seguindo, o artigo de nº 199 descreve sobre a rede suplementar de saúde denotando que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” destacando os serviços privados e os colocando como complementares no sistema público, proibindo a participação direta ou indireta de empresas com fins lucrativos e vedando as verbas públicas para essa finalidade. Além disso, ele complementa que a:

[...] lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (Brasil, 1990).

No último artigo desta temática, são destacadas todas as áreas que correspondem ao SUS no que tange à competência e atribuições:

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; 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, 1990).

Bonatto (2022) cita que nesse contexto, após anos de tirania, surge o Sistema Único de Saúde, inspirado no modelo inglês, com pilares doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. Além disso, apresenta os princípios organizativos, com a participação da sociedade, monitorando e ajudando no aperfeiçoamento do panorama em suas regiões, a descentralização, dando a cada município a responsabilidade de acordo com as suas demandas apresentadas, a regionalização, trazendo a colaboração entre o poder público em relação às infraestruturas e ainda a hierarquização viabilizando os serviços.

Atualmente, o SUS corresponde a um processo dinâmico de promoção, prevenção, e reabilitação, com estratégias para melhorar as condições de bem-estar dos sujeitos, buscando a efetivação das garantias sociais. Assim, de fato, ele é essencial para que as pessoas tenham uma vida com o mínimo de respeito, honra e valor, ou seja, que contemple as deficiências vitais para a sua vida.

Para que este modelo de organização funcione no país, ele é orquestrado pela Rede Assistencial à Saúde (RAS) que foi estabelecida pela Portaria de nº 4.279, de 2010, e denota o conceito apontando que estes “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010). Isso significa que os serviços ofertados pela rede são agrupados de acordo com o grau de complexidade e tecnologias necessárias para o melhor acolhimento das demandas à população. O presente sistema se divide em três níveis de atuação - primária, secundária e terciária - que, apesar de diferirem, devem ser articulados entre si, conforme planejamento da demanda e alinhados com a carência da região e de seus usuários.

É na atenção primária à saúde (APS), também conhecida de atenção básica, que ocorre, preferencialmente, a entrada dos usuários no SUS, onde a maioria dos problemas de saúde podem ser resolvidos ou encaminhados para tratamento na rede de atenção

especializada (níveis secundário e terciário), se forem o caso. Nesse sentido, temos entrelaçados as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), a Medicina de Família e Comunidade (MFC) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Essa modalidade de atendimento atua sob uma perspectiva mais preventiva, de promoção e educação, tendo como objetivo reduzir os riscos de incidência de doenças na população participante desse meio. Além disso, é caracterizada pelo recebimento de casos de baixa complexidade.

A OMS definiu esse nível da saúde na Conferência Internacional sobre cuidados primários, em seu relatório final no ano de 1978, em Alma-Ata, capital do Kazaquistão (localizado na Ásia Central), descrevendo que:

[...] os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias. Desta maneira, deve ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

A APS caracteriza-se pela horizontalidade e integralidade nas ações, acrescida da coordenação da assistência, tendo o foco na pessoa e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos. É uma forma de organizar e integrar, a partir de uma perspectiva da população, os serviços de saúde. Na atenção secundária, que recebe o nome também de atenção especializada e/ou intermediária, é quando já há, provavelmente, alguma doença identificada (ou suspeita a ser melhor investigada) que necessita de profissionais mais específicos em uma área com maior nível de especificidade e tecnologia, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Já na atenção terciária é quando tem maior especificidade e complexidade, sendo composto por hospitais de grande porte com elevadas demandas tecnológicas. Esta é responsável por procedimentos mais invasivos, como as cirurgias, os transplantes e as diálises. Nesta etapa, o usuário, provavelmente, já passou pelos níveis primário e secundário, fato que pode indicar condições patológicas mais graves.

Salientamos que no Brasil tem se discutido também, ultimamente, o conceito da atenção quaternária que corresponde a identificação de sujeitos em risco de excesso de medicamentos, suas interações inseguras e sua proteção contra novas intervenções desnecessárias, evitando danos iatrogênicos (erros que poderiam ter sido evitados na saúde).

Temos ainda nesse ínterim no país, que cabe aqui sinalizarmos, a saúde suplementar, fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde (ANS) que compõe as operadoras e seguradoras de saúde que promovem a assistência para quem dela puderem contratar de forma particular e correspondem a 24% da sociedade (Varella; Ceschin, 2014), demonstrando, com isso, a ineficácia da política pública de saúde no Brasil que obriga estes a buscarem outras maneiras de subsistência. Em relação a esse ponto, a Fiocruz (2024) destaca que o embate:

[...] entre a diretriz de universalidade do SUS e a composição da rede privada é ponto de partida para articulações e movimentos contra a tendência de privatização do setor da saúde. Além disso, as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, o difícil ressarcimento das ações prestadas pelo SUS aos usuários de planos de saúde privados e a precariedade que vem caracterizando o crescimento desordenado da oferta privada estão na agenda das críticas do movimento sanitário e nas propostas de fortalecimento do SUS.

Depois dessa, tiveram outras leis que fazem parte do arcabouço de legislações primordiais da saúde, mas destaco também a de nº 8.142 de 1990, que ratifica a participação da sociedade junto aos serviços de saúde e ainda nas conferências e conselhos. Com isso, a sociedade assume o controle social dessa política de forma efetiva. A legislação ainda elucida as questões sobre o financiamento do sistema e o uso dos recursos disponibilizados.

Sobre essa contextualização, Ribeiro (2019) destaca que, apesar de todas as melhorias realizadas, a universalização proposta pela CF ainda é insuficiente e não se faz presente em nossa sociedade, pois nem todos têm acesso aos direitos fundamentais, entre eles a saúde, tornando-se, frente à relação do contexto capitalista, um contraditório à Carta Magna. O que se vive hoje em dia, é um contexto pautado por desigualdades em várias regiões, falhas na coordenação mínima nas instituições, que são repletos de lacunas importantes e fragilidades extremas, o que podemos observar no cotidiano, por meio da superlotação de hospitais, com a ausência de leitos adequados, estruturas precárias e usuários morrendo sem a devida respeitabilidade.

Além disso, Vasconcelos (2006) faz uma leitura desta realidade ao encontro do projeto neoliberal que tomou forma no Brasil. A autora sinaliza que após o período de redemocratização na década de 1980, o objetivo do governo era retomar o poder da elite burguesa, enfraquecendo, assim, a resistência da população fortalecida com os diversos movimentos importantes realizados para a abrangência das políticas sociais, entre elas a

saúde, o que nesse contexto é materializado pelas privatizações, cortes de verbas e desfinanciamentos.

Com a realidade de um SUS superlotado, desorganizado, com severas realocações de verbas, surgimentos de diversos desafios assistenciais, entre eles, a garantia dos atendimentos aos pacientes acamados, que estão impossibilitados de fazerem deslocamentos até as instituições/serviços de saúde por suas limitações físicas (ou até mesmo sociais), traz algumas das justificativas para o aumento da atenção domiciliar no Brasil. Além do alto custo geral do sistema, temos ainda as mudanças demográficas e epidemiológicas, o crescimento do número de idosos que são, conseqüentemente, a parcela mais frágil clinicamente do país, principalmente os de mais idade, que possuem a “prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, muitas vezes com múltiplas comorbidades”, e ainda degenerativas e demenciais. (Rodrigues, 2022, p. 22).

Frente a esses argumentos e com demandas crescentes, a saúde no Brasil é constituída de forma ampla e permeia uma rede robusta com inúmeros espaços de saúde como: hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), APS, e ainda a atenção domiciliar, tema central do nosso estudo, entre outros. Contudo, apesar desta expansão, a precarização da saúde ganhou lugar de destaque nas entrevistas realizadas pela pesquisadora onde foi descrito a falta de profissionais concursados para lidarem com tamanhas demandas, relatos do baixo número de assistentes sociais para as tomadas de ações com as vulnerabilidades apresentadas e, ainda, a falta de estrutura para que a categoria possa executar suas atividades com excelência.

Desta forma, podemos observar o relato do(a) entrevistado(a) **E1** que salienta: “Sou concursado(a), ganho razoavelmente, mas cada vez tem menos profissional para dar conta da demanda, nem carro as vezes eu tenho para fazer visita”.

Nesse mesmo sentido também foram relatados pelas pessoas entrevistadas a falta de recursos da rede para que os(as) pacientes possam alcançar o mínimo para a qualidade de vida. Este relato veio, principalmente, pelos(as) profissionais da rede pública que se deparam constantemente com a insegurança alimentar e dificuldades nas viabilidades de recursos (insumos, dietas, medicamentos):

E4: Tem horas que me frustro com o meu trabalho...aqui onde moro, cidade pequena, o paciente precisa fazer dieta caseira porque não tem disponível no município. Mas ele não tem nem o mínimo para isso em casa. Ganha, geralmente, bolsa família. Não tem nem defensoria pública aqui.

Com essa realidade imposta, Costa (2006, p.65) nos faz refletir que:

Frente a esse fato poder-se-ia dizer que a legitimidade do Serviço Social no interior do processo coletivo de trabalho na saúde se constrói pelo avesso, ou seja, a sua utilidade se afirma nas contradições fundamentais das políticas de saúde e, particularmente, no SUS.

Diante disso e, independente da rede de assistência a qual o(a) profissional está vinculado(a), se depara com a deficiência de suportes essenciais que fazem com que se produza o sentimento de esgotamento e frustração com o não atingimento dos objetivos por ele elencados para intervenção conforme o projeto ético-político preconiza. Além disso, essa pesquisa constatou que, apesar dos(as) profissionais da rede privada também relatarem que os sujeitos atendidos por eles convivem com vulnerabilidades financeiras, necessitando de busca por recursos gratuitos, a população assistida pelo sistema público ainda se sobressai nesse quesito já que apresenta fragilidades extremas de itens básicos.

Apesar de minoria, não podemos deixar de destacar o trabalho do(a) entrevistado(a) 8 (E8) realizado na rede privada, mas que interage com o sistema público a fim de viabilizar os recursos não cobertos pela saúde suplementar, mas que são de direitos de todos, perante os artigos da Lei nº 8.080, de 1990. O(a) entrevistado(a) diz que: “Faço a articulação com a rede intersetorial da rede pública e privada, quem tem plano também precisa disso [...]”.

Aqui cabe salientar que os planos de saúde não contemplam, em contrato, diversas necessidades. Sendo assim, é necessário ter presente o entendimento de que quem paga plano saúde também pode utilizar recursos do SUS, pois paga impostos e, principalmente, este é de cunho universal, portanto, é um direito de todos. É essencial viabilizarmos as necessidades de toda a coletividade, apesar de sabermos que as classes menos favorecidas são as que mais precisam.

O próximo capítulo trará o Serviço Social como destaque na área da saúde demonstrando a inserção da categoria na política como equipe mínima. Pretende-se desvelar a sua importância na intervenção das expressões da questão social que estão presentes no sistema, bem como, os desafios contemporâneos impostos pela sociedade capitalista que fazem com que os propósitos da profissão não consigam ser totalmente alcançados.

2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE COMO EQUIPE MÍNIMA DE CUIDADO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Entre os anos de 1934 e 1945, o Serviço Social surge no Brasil sob forte influência europeia, porém, neste período, não houve a possibilidade imediata da inserção de um número significativo de profissionais na área da saúde.

Já em contrapartida, a partir de 1945, impulsionado pelo final da 2ª Guerra Mundial e a força vinda do capitalismo, este foi o setor que mais absorveu os(as) assistentes sociais no país em diversas instituições. Conforme Correia (2005) este movimento ocorreu pelo novo conceito de saúde trazido pela OMS que destacou os aspectos biopsicossociais como seus determinantes, o que influenciou no contexto em geral e ainda na elaboração de uma política centrada na assistência médica hospitalar e curativa. Por conseguinte, Bravo (2009) reitera que o(a) assistente social passou a ser requisitado pelo Estado para desenvolver atividades educativas que compreendiam os hábitos de higiene e saúde, além da prestação do apoio em programas estabelecidos pela política previstas no momento.

A impulsão do Serviço Social na saúde se deu por meio da previdência social, com o início de uma Política Nacional no país que ampliou, desta maneira, os gastos com a assistência médica. Em contrapartida, isto ocasionou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente, já que nem todos na sociedade conseguiam acessar esse recurso e este era fornecido somente para aqueles que possuíam vínculos trabalhistas. Quem não trabalhava perante as leis trabalhistas, deveriam despendar o valor para esse âmbito ou recorrer aos poucos serviços filantrópicos disponíveis.

Bravo (2009) também destaca que nesse período o(a) assistente social era chamado para prestar o seu trabalho em hospitais, fazendo a “ponte” entre as instituições e a população, para realização e a viabilização de atendimentos e benefícios. O Serviço Social Médico, como era denominado na época a profissão, atuava com o Serviço Social de Casos, onde a participação era focada em prol do “cliente” em tratamento, de maneira individualizada. Sendo assim, o trabalho se dava entre a população e as instituições hospitalares, favorecendo o acesso dos(as) pacientes, encaminhando aos programas do governo por meio de ações desenvolvidas em, por exemplo, plantões, momentos de atendimentos e orientações previdenciárias, nas triagens ou seleções de usuários, em concessões de benefícios e encaminhamentos de forma geral.

Bravo (2006, p. 5) também cita que a saúde da população brasileira, no período de 1945 a 1964, viveu a situação de não conseguir “eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral”. Nesse panorama, o movimento privatista começou a ganhar forças, ainda que timidamente, com aparecimento e organização das empresas médicas.

Foi um período também que, conforme cita Yazbek (2009, p.6) teve:

[...] o questionamento a este referencial no contexto de mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que expressam, nos anos 60, as novas configurações que caracterizam a expansão do capitalismo mundial, que impõem à América Latina um estilo de desenvolvimento excludente e subordinado. A profissão assume as inquietações e insatisfações deste momento histórico e direciona seus questionamentos ao Serviço Social tradicional através de um amplo movimento, de um processo de revisão global, em diferentes níveis: teórico, metodológico, operativo e político.

No ano de 1964, a profissão começou a sofrer transformações plausíveis que implicaram no trabalho do(a) assistente social nos espaços sócio-ocupacionais de saúde surgindo o debate na profissão em desfavor do conservadorismo. Assim iniciaram-se as contestações contra essa visão da categoria em busca de atividades modernizadoras, o que ocorreu de forma latente até os anos de 1974 – 1975. (Bravo, 2006).

Após o período militar (ditadura), a Reforma Sanitária, o movimento de renovação do Serviço Social e, ainda, a inserção de novas legislações da saúde começaram a viabilizar um olhar diferenciado para essa política que passou a apresentar o viés de direito garantido para todos. Com o seu propósito voltado para a promoção, o(a) assistente social passou a ter maior importância nesse âmbito, exigindo um profissional capacitado para atuar nas múltiplas expressões da questão social originadas nas relações sociais fragilizadas que afetam diretamente e indiretamente a saúde.

Contudo, conforme evidencia Netto (2005), é somente a partir do ano de 1979 que ocorre uma profunda revisão crítica na profissão, culminando com a renovação do Serviço Social, orientada pela vertente da intenção de ruptura, que buscava cessar com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais. Também foi nesse momento, em forte sintonia com o processo de redemocratização do país, que se origina o hoje denominado Projeto Ético-Político (PEP) profissional.

A intenção de ruptura do tradicionalismo marca, então, a década de 1990. E, a partir deste momento, o Serviço Social passa a ganhar um novo rumo profissional na concepção

brasileira obrigando, assim, a profissão a fazer uma revisão do Código de Ética profissional e a Lei que regulamenta a profissão no ano de 1993.

Segundo Bravo (2009), neste momento histórico, a categoria ingressa na área da saúde com uma incipiente alteração da prática institucional, contínua como categoria, mas desarticulada do movimento da Reforma Sanitária, e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do estado pelos setores progressistas. A autora salienta que os(as) assistentes sociais deveriam se tornar fortes aliados, devidamente apropriados, na luta pela saúde em consonância com os moldes sanitaristas.

Ainda nesse período surgem as privatizações em contraponto a ideiação sanitarista com diferentes requisições impostas para a categoria. O projeto privatista obrigou, e ainda obriga, o(a) assistente social, entre outras demandas, que identifique a seleção socioeconômica dos usuários, se mantenha com o trabalho através de aconselhamentos, com ações de cunho fiscalizatório aos pacientes dos planos de saúde, fazendo uso de assistencialismo por meio da ideologia do favor com predomínio de práticas individuais e não coletivas.

Entretanto, de forma adversa a esta conjuntura, que prioriza a liberdade incondicional do capitalismo e da intervenção mínima do Estado, o projeto da Reforma Sanitária vem solicitando demandas que ilustrem a busca de democratização, de acesso às unidades e aos serviços de saúde, com atendimento humanizado. Busca ainda que tenham estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, de forma multiprofissional, com ênfase nas abordagens grupais e com acesso democrático às informações que estimule a participação da sociedade. (Bravo, 2009).

Desta forma, a mesma autora (2009) complementa que nesse cenário, o trabalho de assistentes sociais na política de saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação de conhecimentos, articulados aos princípios desta reforma e pelo PEP da profissão. É a partir dessa compreensão que o profissional do Serviço Social passa a ser contratado como um dos promotores na consolidação do SUS, e de seus princípios, como articulador da saúde e demais políticas públicas.

Dando sequência a esta década, cabe destacarmos o período de implantação e êxito ideológico do neoliberalismo no país e, com isso, a intensificação de dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o público e o privado, que passam a apresentar diferentes requisições e demandas para o Serviço Social. (Bravo, 2009).

Com tamanhas divergências expostas e, principalmente, pelas especificidades e relevância no cenário, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução de nº

218, de 1997, considerou o Serviço Social como uma das 13 (treze) profissões da saúde, já que a visão da categoria para os condicionantes, determinantes sociais e vulnerabilidades dos sujeitos devem ser fundamentais para a composição de uma equipe mínima nos serviços de saúde. No ano de 1999, o CFESS ratificou também o(a) assistente social como profissional da saúde com a Resolução de n.º 383 de 1999.

Já em específico na atenção domiciliar, o Conselho Federal de Medicina (CFM) normatizou a Resolução de nº 1.668 de 2003, em seu artigo 3º, valorizando a participação da profissão:

[...] as equipes multidisciplinares de assistência a pacientes internados em regime domiciliar devem dispor, sob a forma de contrato ou de terceirização, de profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição e Psicologia. Parágrafo único - As equipes serão sempre coordenadas pelo médico, sendo o médico assistente o responsável maior pela eleição dos pacientes a serem contemplados por este regime de internação e pela manutenção da condição clínica dos mesmos.

Conforme trazem Alcantara e Vieira (2013), a categoria ao estar presente na identificação dos fatores sociais que interferem nas condições sociais de vida e de saúde dos sujeitos, tem como propósito a integralidade das ações na construção de estratégias para o enfrentamento das demandas identificadas, o que traz qualidade aos envolvidos e, conseqüentemente, sucesso ao tratamento proposto.

Em busca de respostas para o modo de trabalho do Serviço Social na saúde, em 2010, o CFESS apresentou a cartilha intitulada de “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” que ainda hoje é uma das mais importantes ferramentas consultivas da área e se tornou leitura obrigatória para os(as) trabalhadores(as) destes espaços sócio-ocupacionais. Este documento tem como propósito auxiliar os(as) assistentes sociais nos seus cotidianos, uma vez que apresenta um compilado de informações descritas a partir de questionamentos provenientes da própria categoria que foram levados para a discussões no Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde” do Conselho Nacional da categoria, entre os anos de 2008 e 2009. Cabe destacar que as deliberações dos 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS foram incorporadas ao referido documento.

A divisão desta cartilha se dá em quatro tópicos que considera a saúde e o marco da Reforma Sanitária, conta a realidade do país por volta dos anos 70, no período de ditadura militar, onde houve o sucateamento com um investimento irrisório para a necessidade real da

população e destacou as reivindicações e lutas da população que desencadearam em uma saúde para todos no país. Além disso, mostrou os pontos principais SUS, o trabalho de assistentes sociais e seus desafios atuais na luta pela garantia de um serviço universal e de qualidade que consiga realmente alcançar a todos, independentemente de renda, classe, cor, orientação sexual (CFESS, 2010). O documento também promove as diretrizes que devem ser usadas pela categoria na política em geral.

Como já dito anteriormente, o trabalho de assistentes sociais neste setor é bastante desafiador e, desta maneira, a categoria precisa estar sempre atenta ao contexto usando para o seu fazer profissional. A base teórica e técnica é disponibilizada a fim de sempre manter-se junto com as dimensões do Serviço Social, que são as bases fundamentais que contribuem para a clareza das atribuições e competências no cotidiano.

É sabido que, tendo um papel de viabilizar a promoção aos direitos e qualidade de atendimento, de garantir o pluralismo, o profissional alocado na saúde contribui para a busca de uma sociedade menos desigual, justa e igualitária como denota o projeto ético-político da categoria. Para isso, é preciso também que o(a) assistente social tenha realmente entendimento das suas atividades, conforme cita o CFESS (2010, pg. 33), onde necessitam ser obrigatoriamente “orientados e norteados por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras”.

Com base nas legislações e regulamentos em vigor, o(a) profissional deve ter algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situam suas prestações. Conforme a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), são elas:

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado. (ABEPSS, 1996).

Desta maneira, destacamos que estas competências permitem ao profissional realizar uma análise crítica da realidade posta, para que, a partir deste ponto, consiga estruturar e planejar o seu trabalho a fim de estabelecer as especificações e atividades necessárias para o enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano.

Destacamos a citação de Yamamoto sobre o conceito de competência: “capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais” (CFESS, 2012, p. 37), ou seja, outros profissionais podem fazer, porém cada categoria tem o seu objetivo a ser alcançado com o uso dela.

Já as atribuições do Serviço Social, as quais se diferem das competências, Guerra *et al.* (2016, p. 5) citam que existe uma “indefinição do conceito atribuição que leva as atividades parecidas ou idênticas sejam designadas, ora como atribuições ora como requisições, o que demonstra imprecisão”. Complementando este pensamento a autora destaca ainda que as atribuições privativas:

[...] expressam o perfil de profissional que se encontra no mercado de trabalho, para o qual a formação profissional é central, pois sua função precípua é preparar seus profissionais para o desempenho dessas atribuições privativas. Isso significa buscar quais os conhecimentos necessários que habilitam essa profissão. (Guerra *et al.*, 2016, p. 6).

Desta maneira, ressaltamos no quadro abaixo as diferenças de competências e atribuições, conforme o Regulamento da Profissão de nº 8.662/1993:

Quadro 2 – Diferenças entre competências e atribuições no Serviço Social

Artigo 4º - Competências	Artigo 5º - Atribuições
<p>I - Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;</p> <p>II - Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;</p> <p>III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;</p> <p>IV - (Vetado);</p> <p>V - Orientar indivíduos e grupos de diferentes</p>	<p>I - Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;</p> <p>II - Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;</p> <p>III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;</p> <p>IV - Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;</p> <p>V - Assumir, no magistério de Serviço Social</p>

<p>segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;</p> <p>VI - Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;</p> <p>VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;</p> <p>VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;</p> <p>IX - Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;</p> <p>X - Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;</p> <p>XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.</p>	<p>tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;</p> <p>VI- Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;</p> <p>VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;</p> <p>VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;</p> <p>IX - Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;</p> <p>X - Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;</p> <p>XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;</p> <p>XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;</p> <p>XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.</p>
---	--

Fonte: CFESS, 1993.

O(a) assistente social busca nos mais diversos espaços de saúde, desvendar os aspectos sociais, ocultos ou não, que impactam no cuidado assistencial do(a) paciente e interferem em sua qualidade de vida diária. Tais aspectos têm como base os paradigmas desenhados, bem como são fundamentados na teoria social crítica de Karl Marx, que promove o embasamento do Serviço Social para a análise do contexto da sociedade de forma crítica, construtiva e propositiva.

Desta forma, é necessário olharmos de modo amplo para a realidade visando afastar-se de emboscadas de um trabalho que proponha um caráter emergencial e burocrático, principalmente em certos serviços, em que as demandas são rotativas e emergenciais (ex.: plantões de pronto atendimento). Como profissional de Serviço Social deve-se desvendar as reais demandas, intermediando a viabilização de direitos e a busca pela autonomia dos sujeitos.

Segundo o documento Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Política na Saúde (CFESS, 2010), é essencial para um trabalho competente do Serviço Social, a articulação e a sintonia junto aos movimentos dos trabalhadores da saúde e de usuários que lutam pela concreta efetivação do SUS. Compete também a facilitação ao acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde, a busca por construir e efetivar, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular. Além disso, o(a) profissional precisa elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, potencializar a participação dos sujeitos sociais visando contribuir para o processo de democratização das políticas sociais, ampliar os canais de participação da população na formulação, atuar na fiscalização e gestão das políticas de saúde que promovem o aprofundamento dos direitos conquistados.

Segundo o mesmo documento, as principais ações desenvolvidas na política da saúde por assistentes sociais são, de forma geral, informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades para a democratização da mesma e as necessárias modificações, como a análise dos determinantes sociais na situação apresentada pelos usuários, a busca pela democratização dos estudos realizados pela equipe e dos mecanismos de participação popular.

Além disso, o documento destaca demais ações a serem desenvolvidas pelo(a) assistente social da saúde que são:

- Prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- Identificar o contexto social dos usuários (situação socioeconômica, habitacional, trabalhista, previdenciária, familiar) com vistas à construção de estratégias de intervenção;
- Realizar abordagem individual e/ou grupal, para objetivar a identificação dos determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares/responsáveis;
- Efetuar um planejamento de trabalho que facilite o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Realizar visitas domiciliares e entrevistas sociais, quando avaliadas a necessidade pelo profissional do Serviço Social;
- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, sensibilizar na adesão ao tratamento, na sua autonomia no processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação de saúde;
- Criar protocolos e rotinas de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano no trabalho profissional;
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários, resguardados as

informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.” (CFESS, 2010, p.44).

Entretanto, enfatizamos que as ações profissionais não devem ficar baseadas somente no fornecimento de informação ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário. As ações precisam ser direcionadas para a luta contra a perspectiva de subalternização e controle dos usuários, visando promover a construção de uma nova cultura que ressalte a participação dos mesmos no conhecimento crítico da sua realidade, potencializando os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2010).

O desvelamento das condições de vida dos(as) pacientes e seus familiares que são atendidos nos serviços de saúde, tendo por base a perspectiva teórico-crítica, permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que lhe possibilita apreender e revelar as novas faces das expressões da questão social, que o instiga a cada momento do seu desempenho profissional diário (Iamamoto, 2004). Assim, ao adotar a articulação das dimensões da profissão, que são complementares, ou seja, uma não pode excluir a outra, deve ocorrer a mediação em relação aos direitos constitucionais e às legislações vigentes. Isso promoverá informações e orientações necessárias, com o objetivo de garantir o acesso universal à saúde, que será aprofundado nos capítulos a seguir.

Obviamente, isso trata-se de um desafio diário. Contudo, o(a) assistente social é um técnico apto para identificar e intervir nas expressões da questão social que chegam até o serviço/instituição dessa realidade. É esperado pelos(as) pacientes que aguardam por um(a) profissional, que este tome a frente, que ouça, acolha e identifique as demandas com respeito, empatia e resolutividade. Entretanto, para que a categoria possa argumentar e discutir sobre solicitações errôneas, é imprescindível que domine o conhecimento das suas próprias atividades e reconheça o seu propósito a fim de conseguir dialogar com as equipes e instituições/serviços e, desta forma, mostrar o que realmente faz ou não parte do seu trabalho.

Nesse sentido, Bravo (2009, p. 208) destaca pontos que se referem a tarefas competentes e críticas do Serviço Social na área da saúde:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;

Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (Bravo, 2009, p.208).

No próximo capítulo desbravaremos a temática fundamental que embasa todo o estudo desta pesquisa - a atenção domiciliar. Serão trazidas as suas particularidades, afinidades e diferenças frente a outros espaços sócio-ocupacionais, as demandas principais, as legislações e prerrogativas, as redes de atendimento existentes, além das situações sociais que persuadem o(a) profissional.

3 ATENÇÃO DOMICILIAR: UM MODELO SINGULAR DE CUIDADO

Para a contextualização do tema, é importante compreender as legislações, princípios e práticas da modalidade de atenção domiciliar. Além disso, serão apresentados os elementos sociais na atenção domiciliar atrelados à atribuição do Serviço Social neste contexto.

3.1 LEGISLAÇÃO, PRINCÍPIOS E PRÁTICAS DA MODALIDADE DOMICILIAR

A atenção domiciliar, atualmente, é conceituada pelo Ministério da Saúde, como uma modalidade de maior amplitude, definida como um termo genérico “que contempla as ações de promoção à saúde, palição, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio”. (BRASIL, 2016).

Diante disso vale destacar que há uma grande variação de terminologias para este serviço, com poucas fontes confiáveis de informações concretas. Este ponto acarreta dificuldades na compreensão, bem como, no aumento pelo desconhecimento desta área tão potente.

Home care ainda é a expressão mais conhecida e utilizada para denominar o cuidado à saúde em domicílio no Brasil, porém este não é empregado pelo órgão máximo desse ramo no país, o Ministério da Saúde. Este termo tem origem na língua inglesa, cuja tradução literal significa “cuidados no lar” e refere-se a oferta de serviços nas residências, bem como, a realização de atividades neste ambiente. Não é usado no sistema público, já que este supõe que o atendimento pode ser completado com enfermagem em período integral (24 horas) e fornecido todos os recursos, o que não é disponibilizado pelo SUS.

Já a atenção domiciliar, que Gontijo (2021) destaca como “uma evolução do home care”, é a modalidade no Brasil que faz parte da Rede Assistencial à Saúde (RAS), que articulada com os demais serviços da saúde (hospitais, unidades básicas, secretarias de saúde, CAPS, entre outros) e políticas como assistência social, previdência, habitação, educação, e demais, realiza o cuidado aos pacientes que não podem se deslocar por limitações clínicas e físicas.

O serviço domiciliar pode substituir ou ser complementar o realizado pelo hospital e ser de curta permanência, quanto se tratar de algum tratamento rápido (uma fisioterapia para reabilitação ou antibioticoterapia para tratamento pontual, por exemplo) ou longa, caso seja

uma situação crônica e que vá perdurar por muito tempo ou pela vida toda (casos de doenças degenerativas como alzheimer, parkinson, esclerose múltipla, entre outras).

A atenção domiciliar se destacada pela forma diferenciada em que ocorre a relação da tríade pacientes, familiares e equipes, já que a assistência acontece nos lares e, assim, exige um modelo partilhado por todos e mais flexível em relação às instituições/serviços, onde as regras são rígidas e estruturadas. Melhor dizendo, na entrada de um hospital sabemos que teremos horários para medicações, visitas e silêncio, conforme preconiza o local, e o paciente precisa se adequar, já que a equipe que é quem coordena como funcionará cada passo. Já nas casas, as regras de funcionamento do ambiente são geridas pelo(a) paciente e sua família de acordo com os seus hábitos e rotinas.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o cuidado à saúde em domicílio é uma prática que remete aos primórdios da existência das famílias como unidades de organização social. Isso remete a uma noção de conforto e segurança, cujos primeiros registros ocorreram na Grécia Antiga, século XIII A.C., onde um médico era responsável pelo atendimento no palácio do Faraó e logo iniciou-se o atendimento em domicílios e em templos.

Desta maneira, esse modelo de cuidado ganhou destaque e se estendeu até por volta do ano de 1750 quando houve, na Europa, o chamado avanço hospitalocêntrico, com o surgimento de grandes centros hospitalares e ambulatoriais, progredindo e assumindo o atendimento integral com tecnologias e ferramentas de ponta. Para Santana “[...] nessa época crescia uma nova e poderosa classe social, a burguesia, imbuída de novas aspirações nas esferas socioeconômica e moral onde foram implementadas, então, providências mais eficazes no campo da higiene e da saúde pública”.

Em 1947, na América do Norte, nos Estados Unidos, várias enfermeiras se reuniram e passaram a atender e cuidar de pacientes em domicílio como uma extensão do hospital e logo depois, no período pós-guerra, o serviço de atenção domiciliar foi uma opção das famílias para manter e cuidar de seus doentes em casa, inserindo profissionais especializados no acompanhamento dos doentes. Algum tempo depois, na França, em meados de 1951, houve os primeiros casos de desospitalização.

Os Estados Unidos da América em 1975, um dos países de destaque desse tipo de cuidado, realizou a transferência da primeira criança dependente de cuidados da Unidade de Terapia Intensiva hospitalar para seu domicílio em modalidade de internação domiciliar. Na Inglaterra a expansão deste sistema se deu em 1978.

No Brasil, apesar de não haver muitos registros deste tipo assistência, sabemos que esse modelo iniciou, de maneira não oficial, pelo setor privado com um dos primeiros serviços criado no ano de 1919, que consistia no trabalho de enfermeiras visitadoras no Estado do Rio de Janeiro. Somente décadas mais tarde, foi iniciada a primeira atividade domiciliar pública do país, em 1949, com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), por meio do Decreto de nº 27.664, vinculado ao Ministério do Trabalho. Anos depois, em 1986, foi fundada a primeira agência de *Home Care*, chamada “Geriátricas Home Care” no Rio de Janeiro, de uso exclusivo para contratantes do plano de saúde Amil.

Todavia, o grande avanço da atenção domiciliar se deu a partir da Constituição Federal de 1988 e da criação da Lei de nº. 8.080 de 1990 (SUS) que ocasionaram o abarrotamento da rede de saúde com longas filas de espera por atendimento nos serviços, oriundos da falta de estrutura adequada para a demanda. Isso escancarou os atendimentos reprimidos dos pacientes que não tinham como ir até os serviços por questões físicas/clínicas.

Em vista desse contexto em ebulição no país, em 1994, foi criada a Fundação de *Home Care*, pela Volkswagen no Brasil. Na sequência, em 1995, foi a vez da Associação das Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID), órgão atualmente inapto, e o Programa de Assistência Domiciliar Terapêutica, pelo Ministério da Saúde, para portadores do vírus HIV que visava aumentar a adesão destes aos tratamentos, cuja ausência era provocada pelo estigma da doença nesse período, afastando-os dos serviços e, conseqüentemente, dos tratamentos adequados. Em 1996, constituiu-se o Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI), do Hospital das Clínicas de São Paulo, referência na saúde pública até hoje.

Em seguida, em 1998, foi promulgada a Portaria do Ministério da Saúde de nº 2.416, que estabeleceu os requisitos para credenciamento de hospitais, bem como, os critérios para internações domiciliares no SUS. Entretanto, a Portaria mencionada destinava-se a pacientes com idade superior a 65 anos, que tinham ao menos três internações ocasionadas pela mesma causa/procedimento em um ano; e/ou portadores de condições crônicas tais como: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular cerebral e diabetes, acometidos por trauma com fratura ou afecção osteoarticular em recuperação, neoplasias malignas.

Com todo esse movimento brasileiro, a relevância em torno da assistência domiciliar foi aumentando gradativamente e no mesmo ano ocorreu o 1º Simpósio Brasileiro

de Assistência Domiciliar (SIBRAD), pioneiro na discussão do tema, que já teve mais de dezesseis edições.

O crescimento constante do serviço domiciliar era evidente, porém ocorria de forma desordenada, já que cada instituição tinha os seus próprios parâmetros para abertura e atendimento. Com isso, passou a vigorar a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 11, de 2006, que é aplicável a todo serviço de atenção domiciliar, seja ela pública ou privada. Apesar de ter sido escrita há mais de 20 anos e desde então muitas transformações ocorreram, os artigos nunca sofreram alterações e/ou complementações.

A legislação corresponde ao regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar, molda as diretrizes que devem laborar, destaca as definições de cada nomenclatura usada pela modalidade, indica o que deve ser contemplado no programa de atendimento, estabelece os itens básicos de retaguarda para a segurança dos(as) pacientes, regula os recursos mínimos de infraestrutura e humanos, entre demais requisitos fundamentais.

Além disso, a RDC em questão frisa as condições básicas que a residência deve possuir para receber um(a) paciente com segurança destacando a rede elétrica, o saneamento básico, meios de comunicação disponíveis, espaço físico adequado e ainda localização em área de fácil acesso para garantir a chegada dos membros da equipe especializada e do atendimento pré-hospitalar (SAMU ou outro serviço móvel particular de urgência/emergência). A normativa também evidencia as documentações burocráticas para abertura de um serviço, denota o funcionamento geral do atendimento, a organização do programa de atendimento domiciliar, indica os itens obrigatórios como, por exemplo, o prontuário, transporte e guarda adequada de insumos etc.

Além disso, o regimento classifica os(as) pacientes de duas maneiras: assistência domiciliar (AD) e internação domiciliar (ID). A primeira, a assistência domiciliar, corresponde ao atendimento realizado para doentes que não podem se deslocar aos serviços de saúde, mas que têm necessidades pontuais, casos clínicos de baixa complexidade. Já a internação domiciliar é o conjunto de atividades prestadas mais complexas, que exigem uma intensidade maior de cuidados, que podem envolver profissionais da enfermagem permanentes em até 24h na residência, equipes interdisciplinares, equipamentos, insumos e demais fornecimentos. São pacientes com condições de saúde mais agravadas.

Voltando ao apanhado histórico, em abril de 2002 foi estabelecida a Lei nº 10.424 que trouxe mudanças no cuidado domiciliar no sistema público através do acréscimo de novo

artigo à Lei de nº. 8.080/1990 (SUS). Este regulamentava o atendimento domiciliar conforme abaixo:

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 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).

Nesse mesmo âmbito, em 2011, a Portaria do Gabinete do Ministro, do Ministério da Saúde, de nº 2.029, definiu esse tipo de atendimento por meio do Programa Federal chamado Melhor em Casa (PMeC) a fim de contemplar mais pacientes no país. Em 2016 o governo alterou a legislação com a Portaria de nº 825 que redefiniu a Atenção Domiciliar no SUS e atualizou as equipes habilitadas. Em seguida, em 2017 este regimento foi incluído na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde de nº 5, descrita nos artigos 531 a 564.

Conforme este programa, os critérios para implantação nos municípios são os seguintes: população igual ou superior a 20 mil habitantes, cobertura do SAMU ou serviço móvel local para urgências/emergências e hospital de referência no município ou na região. A entrada neste programa ocorre por meio de postos de saúde e hospitais.

A classificação de níveis de complexidade/modalidades é definida a partir da caracterização dos sujeitos e dos tipos de procedimentos utilizados para realizar o cuidado, conforme estabelecido no Caderno do Melhor em Casa (2013), do MS.

- Atenção domiciliar 1 (AD1) - Pacientes de baixa complexidade que permitem visitas mais espaçadas (mensais), não possuem necessidades de visitas médicas frequentes e possuem condições clínicas controladas, mas com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade básica de saúde. Recebem cuidados programados.

Neste nível o atendimento é de responsabilidade da equipe de atenção básica - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Estratégia Saúde da Família (ESF), ambulatórios e centros de reabilitação) e não do serviço de atenção domiciliar (SAD).

- Atenção domiciliar 2 (AD2) – Pacientes de média complexidade que possuem atendimentos mais frequentes e recursos como: curativos, dependência de monitoramento clínico, reabilitação etc.
- Atenção domiciliar 3 (AD3) – Pacientes de alta complexidade que precisam de cuidados de maior frequência, uso de recursos e procedimentos relevantes que tenham pelo menos um critério do AD2 e necessitem do uso de no mínimo um equipamento de ventilação, diálise, cuidados paliativos etc.

Os dois últimos níveis de atendimentos são de responsabilidade da equipe do SAD que são divididos pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A EMAD pode ser tipo 1 composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou assistentes sociais e tipo 2 com o acréscimo dos técnicos de enfermagem. Esta equipe deve realizar atendimentos, no mínimo, 1 (uma) vez por semana para cada sujeito e atender em média 60 pacientes/mês. Já a EMAP tem composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional. Esta será acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementar as ações. Com uma carga horária menor, atende em média 30 pacientes/mês.

A nova normativa do programa, que entrou em vigor pela Portaria GM/MS de nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, tem como uma das principais alterações, a inclusão das Equipes Multiprofissionais de Apoio para Reabilitação (EMAP-R) favorecendo os municípios com menos de 20 mil habitantes e, com isso, proporciona que a população necessitada por recuperações em locais sem estrutura para ter um serviço de atenção domiciliar, possa receber este auxílio. É importante ressaltar que a EMAP-R faz parte do PMeC, porém não está incluída no SAD, faz parte da atenção básica conforme destacamos no desenho abaixo:

Figura 1 – Diagrama do Programa Melhor em Casa



Fonte: Elaborado pela autora.

A portaria incluiu também o novo valor de repasse aos serviços pela União, o acréscimo da atividade de monitoramento por telessaúde, novas implantações de equipes de 24h de atendimento e a flexibilização dos critérios de inclusão.

Os atendimentos dos serviços de atenção domiciliar (SADs) ocorrem, na grande maioria somente em horário diurno (em casos específicos também podem ocorrer nos finais de semana). Em contraponto, nas empresas privadas o atendimento é disponibilizado conforme a solicitação médica e de acordo com as necessidades pacientes, podendo acontecer em até 24h e em 7 dias da semana.

Quanto a rede privada, é importante salientar que as operadoras de saúde, que são regidas pela Lei nº 9.656/98, não possuem obrigatoriedade do fornecimento de prestação domiciliar, pois não há, até o momento, essa determinação no Rol² (relação de procedimentos obrigatórios) estabelecido pela ANS (Agência Nacional de Saúde) do governo e na grande maioria nos contratos.

O Parecer Técnico de nº 05/2021 denota a cobertura de atenção domiciliar:

[...] os Serviços de Atenção Domiciliar - SAD, na modalidade de internação domiciliar podem ser oferecidos pelas operadoras como alternativa à internação hospitalar. Somente o médico assistente do beneficiário poderá determinar se há ou não indicação de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar e a operadora não pode suspender uma internação hospitalar pelo simples pedido de internação domiciliar. Caso a operadora não concorde em oferecer o serviço de internação domiciliar, deverá manter o beneficiário internado até sua alta hospitalar. (ANVISA, 2021, pg. 2).

² No dia 09/06/22 a decisão da Segunda Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) estabeleceu que o rol de procedimentos de cobertura obrigatória da ANS é taxativo e obriga a cobertura apenas dos tratamentos que constem nesta lista.

Apesar deste documento, há grande controvérsia jurídica na defesa de que essa disposição dos planos é abusiva aos clientes, principalmente, após a criação do Código de Defesa do Consumidor no ano de 1990. Contudo, mesmo com tamanha polêmica, que acarreta constantes processos judiciais e constante aumento dos custos hospitalares, alguns planos já ofertam estes serviços aos seus beneficiários por liberalidade administrativa e/ou programas de desospitalização, linhas de cuidado sendo fornecidas por equipes próprias ou terceirizadas que também atendem clientes diretamente e conforme acordo assistencial e financeiro entre as partes.

O Ministério da Saúde (2011), junto do NEAD (2015), que é o principal representante brasileiro dos serviços privados domiciliares, criado no ano de 2003, com a finalidade de contribuir com o fortalecimento da modalidade no Brasil, destaca os critérios de elegibilidade de adesão ao(à) paciente a este tipo de atendimento, que são os seguintes: ter condição clínica estável, ter um médico assistente vinculado que revise o quadro assistencial periodicamente, ter um(a) cuidador(a) em período integral (enfermos de internação domiciliar e/ou dependentes devem ter uma pessoa, familiar ou contratado, sempre na casa para auxiliar nas atividades de vida diárias), haver impeditivos para deslocamentos e ainda a residência deve ser livre de risco e ter condições mínimas adequadas.

Apesar de parecer simples ter um atendimento em casa, se faz necessário entenderemos o grau de dificuldade que se espalha nesse complexo com diversos envolvidos em um ambiente controverso para todos. Para se aproximar desta complexidade cabe nos imaginarmos na vida com um filho, esposo/a, mãe/pai doente em casa, 24h por dia.

Nesse âmbito o trabalho profissional de assistentes sociais na atenção domiciliar desenvolve-se em inúmeras frentes devido também à precariedade de funcionamento da saúde, as altas demandas e vulnerabilidades sociais que a população brasileira enfrenta, o que podemos observar quando o(a) entrevistado(a) fala sobre os desafios encarados no campo:

E9: Me deparo com limites contratuais da operadora na prestação dos serviços, muitos cuidadores sobrecarregados, com rede de apoio restrita e ainda com pacientes/famílias com recursos financeiros esgotados, além de comprometimento da saúde mental de pacientes e seus familiares.

Durante a pandemia da COVID-19, a busca por alternativas de cuidado aliado a necessidade de liberações urgentes de leitos hospitalares, a obrigatoriedade do distanciamento social e o medo instalado de aglomerações nos estabelecimentos de saúde, onde houve a gama maior da propagação do vírus, promoveram o aquecimento do setor da atenção domiciliar. O

caos da saúde pública deixou ainda mais presente o contexto dos cuidados no lar, mostrando que é possível um tratamento adequado com muitos benefícios para os(as) pacientes, famílias e sistema de saúde como um todo.

Entretanto, nesse período os serviços precisaram se reorganizar. No início houve insegurança por parte dos envolvidos pelo desconhecimento da doença, os equipamentos de proteção individual insuficientes, houve a ausência de equipes disponíveis para prestarem a assistência. O mercado da atenção domiciliar sempre fora escasso, mas com essa situação mundial enfrentada, foi ainda pior, já que a demanda maior foi a hospitalar com o excesso de internados e casos graves. Aos poucos os números no domicílio foram aumentando também, pois os doentes ficaram com sequelas e precisaram continuar o tratamento da doença com a equipe médica e interdisciplinar para receberem alta hospitalar.

Certamente, esse momento foi o responsável e propulsor da atenção domiciliar na atualidade consolidando a área como uma opção segura para a assistência aos que precisavam de tratamento e não podiam se deslocar aos hospitais em função do contágio do vírus. Substituído por anos pelos centros hospitalares, o período da pandemia mundial foi uma redescoberta desse cuidado, que auxilia a reduzir os custos em geral, possibilita o aumento da qualidade de vida e conforto dos(as) pacientes e seus familiares no lar.

O estudo realizado pelo NEAD (2021-2022) demonstrou a estimativa de que, caso essa modalidade deixasse de existir, o país teria que disponibilizar o equivalente a mais de 35 mil leitos para recompor os(as) pacientes que possuem atendimento no país e que precisariam voltar ao hospital, o que é inviável frente as dificuldades enfrentadas pela saúde nesse momento. Os dados também mostram que são atendidos 346 mil pacientes por ano, ratificando, assim, a insuficiência da saúde hospitalar para a demanda e demonstrando a atenção domiciliar como um potente e eficaz campo a ser trabalhado por todos os profissionais desta política.

Assim, é importante frisarmos que a atenção domiciliar na saúde não se assemelha ao trabalho realizado pela Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, conforme prevê a Política de Assistência Social. Diferentemente, estas atividades têm como foco auxiliar no acesso à informação, fazer a acolhida de dúvidas sobre as ofertas do Sistema Único de Assistência Social (serviços, programas e benefícios), identificar necessidades gerais, passar orientações e promover os encaminhamentos à rede para quem não tem esse acesso. Os critérios para tal são as famílias com pessoas com deficiência ou

idosos, sujeitos que vivem em isolamento social ou locais inacessíveis, que sofrem violência intrafamiliar, de 80 anos ou mais, entre outras características.

3.2 OS ELEMENTOS SOCIAIS NA ATENÇÃO DOMICILIAR

O início do atendimento nas residências não é fácil para nenhum dos participantes, sejam eles(elas) pacientes, cuidadores(as), familiares, nem tampouco, para a equipe de saúde que precisa adentrar e desenvolver o seu trabalho em um espaço particular, o de uma residência. Porém, todos esses envolvidos precisam atuar em conjunto, cada um sendo responsável por atividades distintas e compartilhando os cuidados que devem ser alinhados antes da implantação. Os alinhamentos prévios a implantação são fundamentais para que os(as) envolvidos(as) possam se preparar para as consequências da assistência e se organizar para o atendimento, visando com que o estresse seja amenizado no ambiente domiciliar e, com isso, resulte em uma maior tranquilidade no tratamento.

Considerando isso, vamos adentrar em cinco elementos, que são basilares na atenção domiciliar e que compõem o circuito social nesse segmento. São eles: paciente, cuidador(a), família, domicílio e rede de apoio.

O vocábulo paciente que tem a sua origem terminológica, conforme o Dicionário Online de Português (2023), na palavra paciência, significa aquele(a) que espera por algo, por ações e intervenções dos profissionais de saúde. Apesar desse conceito, está é ainda a denominação mais tradicional, comum e antiga no âmbito da saúde. É utilizado na rede privada e pode ser também referenciado na rede pública, apesar deste último considerar “usuário” o termo correto.

Conforme destacado na Lei de nº 13.460 de 2017, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos, em seu artigo 2º ganha destaque na redação discorrendo que usuário é “pessoa física ou jurídica que se beneficia ou utiliza, efetiva ou potencialmente, de serviço público” (Brasil, 2017).

Como este trabalho tem o objetivo de contemplar e subsidiar tanto os(as) assistentes sociais da rede pública quanto do sistema privado, foi escolhido o termo paciente para ser utilizado nesta dissertação. De modo geral, paciente é a pessoa que necessita de cuidados especiais e amparo, por um período curto, médio ou longo, com fragilidade e necessidades de cuidado individualizado, pois cada pessoa se fragiliza de uma forma e enfrenta a situação de maneira única.

Estes sujeitos podem ser lúcidos, outros sem vida de relação (comatosos), uns mais dependentes que os demais ou ainda terem diagnósticos variados (doenças agudas ou crônicas, pulmonares, estarem em cuidados paliativos, serem crianças prematuras etc.). A atenção domiciliar, ao contrário do que muitos pensam, não atende somente idosos, apesar de estes serem a maioria. Conforme a pesquisa do NEAD, 2020/2021, os idosos são 65% deles, 25% estão na idade adulta e somente 10% são contemplados pela infância.

Assim, o paciente pode ser aquele pai de família que, muitas vezes, perdeu a sua autonomia, os seus sonhos de vida e o seu lugar na sociedade, a mãe zelosa que trabalhava e/ou comandava a casa, o filho querido por todos, o adolescente que irá se afastar da escola e dos amigos. Independentemente de quem seja, eles precisam ter o seu livre arbítrio preservado, a qualidade de vida garantida e dignidade defendida, afinal são protagonistas da sua própria vida e necessitam ter as suas vontades e direitos reservados.

Considerando os elementos sociais que fazem parte deste contexto, temos o(a) paciente ao centro do cuidado na saúde. Entretanto, não podemos deixar de incluir neste estudo o(a) cuidador(a) que é a outra pessoa que deve ser amparado(a) na atenção domiciliar e visto(a) como a segundo sujeito mais importante nesse panorama. Destacamos que este(a) também deve receber cuidados frente à sobrecarga que enfrenta no seu dia a dia.

Conforme Pinheiro (2022), a palavra cuidar “deriva do latim ‘cogitare’ que significa tratar, prevenir, aplicar a atenção, cuidado em ato”. Logo, este é o indivíduo que faz os cuidados diretos com o(a) paciente diariamente (na grande maioria) ou esporadicamente, com ou sem vínculo familiar, apto para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida diárias (AVDs) que, dependendo da condição funcional e clínica do doente (quando haver dependência total), deverá estar presente integralmente no domicílio.

O Documento Orientador de Políticas de Apoio ao Cuidador Familiar no Brasil (2021, p. 5), classifica este sujeito em quatro formas. São elas:

Cuidador familiar: pessoa que tem responsabilidades no zelo de uma pessoa dependente, que não é remunerado e sua identidade está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar baseada nos contextos sociais e culturais. Nem sempre possui laços consanguíneos, podem ser somente afetivos.

Cuidador familiar parcial: é aquele que zela o doente em tempo parcial, a pessoa que assegura de forma não permanente as funções e que, pode ou não, realizar outras atividades paralelas, seja remunerada ou não. Sendo assim, este divide os cuidados com a rede informal ou por um cuidador extrafamiliar.

Cuidador familiar permanente: que dedica em tempo integral, assumindo todas as responsabilidades sendo dificilmente substituído nas suas tarefas, apenas em situações de força maior por outra pessoa.

Cuidador familiar ocasional (ou secundário): que casualmente exerce essa atividade, somente quando precisa.

Além da classificação referenciada no Documento, temos ainda os(a) cuidadores(a) contratados (formais). Nestes casos, a família e/ou responsável paga uma pessoa para assumir essa função, que pode realizar esse trabalho de modo integral ou por um período determinado (algumas horas, dias e/ou somente nos finais de semana).

Antigamente o fato de cuidar de doentes ficavam direcionados para uma mãe, uma tia, uma irmã que não trabalhavam fora do lar, que cuidavam dos afazeres da casa e detinham a obrigação moral pelos seus entes adoecidos. Hoje, essa realidade está desenhada um pouco diferente, pois temos as mulheres incluídas e ativas no mercado de trabalho, além de as famílias estarem mais reduzidas, com menos filhos, o que diminui a propensão de se ter um cuidador familiar para assumir essa função quando necessário. Porém, mesmo em famílias numerosas e com filhos, não podemos afirmar totalmente que estes terão realmente cuidadores na velhice ou no momento de uma doença, diversos são os fatores que podem influenciar nessa situação, como impossibilidade de tempo, financeira, emocional etc.

Apesar de toda a desordem permeada em função do papel do(a) cuidador(a), este exerce as atribuições junto ao(à) paciente ajudando na higiene corporal (troca de fraldas, banho, escovação dos dentes, etc.), na alimentação, na locomoção/apoiando no caminhar, estimulando a realização de atividades físicas, fazendo mudanças de decúbito/posição, realizando massagens de conforto, proporcionando companhia e promovendo o lazer, administrando medicamentos, prestando apoio afetivo, fornecendo as informações referentes às condições clínica e ainda estruturais da residência para a equipe de saúde.

Conforme o Guia Prático do Cuidador, do Ministério da Saúde (2008):

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnico e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem. (Brasil, 2008, p. 8).

Com base neste fundamento, pode-se inferir que o(a) cuidador(a) não é considerado(a) um(a) profissional da saúde e não faz parte da equipe do SAD. A grande maioria deles(as) não possui formação técnica, mas podem ser treinados e capacitados para os manejos básicos com

o(a) paciente para que saiba lidar melhor com as situações físicas e emocionais, quando houver essa necessidade.

Guimarães, Hirata e Sugita (2011) realizaram uma pesquisa nos anos de 2010 e 2011 e destacam que esta prática no Brasil é formada 100% por mulheres e que na grande maioria suas atividades são confundidas com as domésticas (cozinhar, limpar a casa, dobrar roupas etc.). Já em um estudo desse panorama na França esse número ficou bem próximo, em 95,3%. Em relação às características nos dois países estas foram semelhantes e as cuidadoras, na maioria, tinham por volta de 50 anos e possuíam baixa escolaridade.

Além disso, conforme Andrade (2019), em grande parte, as cuidadoras são casadas, católicas ou evangélicas. No entanto, cabe destacar que, de forma muito sutil, encontram-se homens assumindo este papel, diferentemente de anos atrás. Partindo da realidade que se aproxima com a vivência da pesquisadora em seu cotidiano, iremos utilizar o termo cuidadora, no feminino, a partir de agora, por entender ser o mais adequado.

É salutar ressaltarmos que a sociedade sempre imprimiu e impôs às mulheres um conjunto de valores, atribuições e subalternidade perante o gênero masculino. Mesmo atualmente onde o feminismo assumiu um papel protagonista em algumas áreas, ainda podemos ressaltar a imposição destes modelos, mesmo que não percebamos claramente.

Na atenção domiciliar isso não deixa de ser observado quando o papel da cuidadora é praticamente sempre desenvolvido pelo gênero feminina. Quando, raramente, há algum homem nesse cargo isso ainda causa estranheza, constrangimento e até mesmo cobrança pelo desempenho desta função que, historicamente, foi imposta às mulheres pela sociedade machista. Infelizmente, ainda se espera que a mulher seja recatada, do lar, que faça sozinha, e por obrigação, as atividades de zelo ao outro.

Frente a essa realidade, podemos dizer que estamos enfrentando um caminho árduo que, certamente, necessitará de muitos séculos para que, através de lutas e resistências femininas, possamos enxergar a luz da igualdade e do protagonismo como a mulher merece. Somente a resistência feminista mudará essa realidade por meio de reflexões coletivas e lutas diárias pelos direitos.

Desta maneira, e sem esquecermos da construção histórica da sociedade patriarcal, é importante a conscientização como humanidade de que o tempo de mudanças já passou, que a realidade precisa caminhar pela emancipação total das mulheres. Precisamos seguir quebrando barreiras, ratificar e mostrar que o gênero masculino pode também assumir papéis

considerados femininos, assim como, a mulher se livrar destes fardos, encerrando de uma vez por todas com a hierarquização patriarcal que insiste em pairar em nossa contemporaneidade.

No Brasil essa determinação de cuidado, que é destinado a cuidadora, fica sob a responsabilidade das famílias em buscarem alguém para assumirem essa tarefa, podendo ser realizada por eles mesmos ou por alguém contratado (fato este disponível para uma minoria diante do elevado custo para a maior parte da população).

Ainda não existe nenhuma legislação ou portaria que garanta algum tipo de auxílio ou remuneração nessas situações de doenças e/ou dependências de pacientes. Há somente um benefício inserido na Política da Previdência Social onde é pago uma majoração ao contribuinte de 25% no salário, exclusivamente, para os aposentados por incapacidade permanente (por invalidez) que necessitam de ajuda de terceiros nas suas atividades de vida diária. Os aposentados por idade não têm esse direito.

Nesse interim, existe uma proposta no legislativo, criada pelas deputadas Maria do Rosário (do Rio Grande do Sul) e Rejane Dias (do Piauí), o Projeto de Lei de nº 3.022 de 2020, que propõe o pagamento de um auxílio-cuidador no valor de um salário-mínimo para a pessoa idosa ou com deficiência que necessite de acompanhamento, tendo como critério para recebimento o teto máximo de renda de até quatro salários-mínimos. Contudo, este ainda não tem previsão para ser sancionado pelo governo.

Alguns projetos isolados estão sendo realizados nesse âmbito para ajudar as famílias com dificuldades nesse quesito, sendo um deles concretizado na cidade de São Paulo/SP, o chamado Programa de Acompanhante de Idosos, da Secretaria Municipal da Saúde, desde 2004. Este Programa é composto por assistente social, enfermeiro, médico, acompanhantes de idosos, motorista e pessoal administrativo e promove o acompanhamento domiciliar para maiores de 60 anos que precisam de apoio de baixa complexidade como acompanhamento a consultas/reabilitação, fortalecimento da rede de proteção social, estímulo as campanhas de vacinação, auxílio no uso de medicações contínuas e acompanhamento em atividades sociais, entre outros.

Hirata destaca que em outros países, como a França, possui o Allocation Personnalisée d'Autonomie, estabelecido em 2002, que “custeia despesas para que uma pessoa idosa possa ficar em casa ou para pagar uma parte das despesas para permanência numa instituição. Os membros da família que cuidam de uma pessoa idosa da família podem também ser remunerados pela APA, com exceção dos cônjugues” (2020, p.33). No Japão, encontra-se outro programa neste modelo, o Long Term Care Insurance, “Kaigo hoken”, desde 2000, que

oferta o cuidado ao idoso no domicílio ou em instituições como os Centros Dia ou as instituições de longa permanência. Já no Uruguai, há o Sistema Nacional Integrado de Cuidados, criado em 2015, que, além de auxiliar crianças de 0 até 3 anos, ajuda a pessoa dependente de cuidados.

É inegável que na atenção domiciliar a cuidadora é a responsável pelo elo de toda assistência. É ela quem os profissionais devem ouvir com muita atenção, pois detém o maior conhecimento sobre o(a) paciente, dos seus gostos, preferências, dores, que, muitas vezes, são identificadas somente por trocas de olhares e sinais entre eles(as). A cuidadora e o(a) paciente acabam criando uma simbiose, uma sinergia, em função do convívio 24h por dia em 365 dias no ano, auxiliando assim, a equipe interdisciplinar a melhorar o atendimento.

O trabalho é penoso e a pessoa ao assumir essa atividade convive com a falta de liberdade para realizar funções simples como ir a banco, farmácias, mercado, desenvolve o sentimento de solidão com a execução desse compromisso sozinha (na grande maioria). Por não ter com quem dividir a responsabilidade, ela acaba desenvolvendo dores constantes (coluna, cabeça, depressões, entre outras), passando a apresentar suscetibilidades financeiras e falta de recursos, lidando com o medo e insegurança em relação ao prognóstico do seu ente, permanecendo com a desesperança do dia de amanhã frente à ausência de perspectivas e projetos diante de um futuro incerto. Afinal, nos casos de doenças crônicas a situação pode perdurar anos ou décadas.

Apesar deste trabalho ser importante e fundamental, não só para o(a) paciente, mas para todo o contexto geral da saúde, infelizmente, a cuidadora não tem o reconhecimento devido pela sua tarefa, visto que, geralmente, é mal remunerada, desvalorizada e tem suas funções confundidas e exploradas pelo mercado.

A mulher, seguidamente, assume a execução dos cuidados como uma obrigação assistencial e familiar perante o doente, deixando de lado os seus sonhos, se sacrificando em prol das necessidades do outro, convivendo diariamente com a sua própria anulação para cuidar com zelo e dedicação. Por isso, conforme a experiência de anos da pesquisadora nessa área, estas pessoas demonstram-se cansadas, não conseguem ter momentos de lazer, se afastam da família e amigos, dormem pouco, abdicam da própria vida.

Frente a tamanha complexidade se faz necessário o trabalho de assistentes sociais para com as cuidadoras a fim de que estas sejam estimuladas a saírem eventualmente, realizarem atividades de lazer, sejam inseridas em grupo de cuidadores visando que não se sintam desamparadas a fim de que, a partir disso, possam refletir e compreender a situação

vivenciada, de forma a resgatar as suas autoestimas e encontrar alternativas para beneficiarem também as suas vidas.

Os recursos acima descritos funcionam como uma “válvula de escape” para que estas pessoas possam retornar aos seus trabalhos, depois de um período de alívio das tensões, de forma mais serena. Contudo, em meio a essa realidade, muitas negam esses estímulos demonstrando o sentimento de culpa por saírem de casa e terem momentos de descontração, já que os(as) pacientes não podem fazer o mesmo. Aliado a isso, há também o temor por abandonarem os lares. Algumas cuidadoras acreditam que ninguém fará o cuidado como elas e isso, em inúmeros momentos, ocorrem conflitos nas casas com as equipes de saúde, que necessitam da intervenção do Serviço Social para reconhecerem e auxiliarem as demandas que estão implicadas (e as vezes ocultas) nessa realidade. Esses sentimentos precisam ser trabalhados em conjunto a psicologia para que as questões emocionais sejam mais bem elaboradas.

Os conflitos constantes precisam ser observados e acompanhados a fim de não rotularmos e estigmatizarmos essa pessoa que está em sofrimento pelo fardo carregado. O processo saúde-doença sofrido no domicílio potencializa as expressões da questão social, com suas respectivas fragilidades diversas e faz com o que o estresse da cuidadora seja frequente nesse panorama, ainda mais quando estas são as mães dos pacientes. Neste binômio mãe-filho, o trabalho do Serviço Social é fundamental, pois a anulação dela como mulher, esposa, amiga, pessoa é um fato comum.

González (2004, p.7) relata que este quesito necessita de maior aprofundamento, pois:

Essas mães sentem-se mais obrigadas e cobradas pelas famílias, pela sociedade e pelos profissionais de saúde, a cuidar dos filhos doentes, o que exacerba a sua culpa ao deixá-los ao cuidado de outros. Em contraposição, elas alcançam poder e prestígio social ao se tornar cuidadoras, ocupando lugar de destaque na família e na sociedade, aumentando assim a sua autoestima e o seu reconhecimento/apreço pelos outros.

Além da cuidadora, temos nesse contexto também o papel da família que é entendida como um grupo “de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos, e, ou de solidariedade” (Brasil, 2004, p.41). Para Miotto (1997, p. 120), a família é definida como um “núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo”. Logo, pode ser o conjunto de pessoas unidas por parentesco e que, por isso mesmo,

juntas, satisfazem necessidades físicas, emocionais, sociais e econômicas umas das outras, uma vez que essas relações se baseiam no afeto, reciprocidade e ainda obrigação.

Existem diversos tipos de constituição e organização familiar, dado que nos últimos anos a sociedade passou por muitas mudanças no mundo com o envelhecimento da população, implantação de novas tecnologias, alterações no modo de vida, modificações no mercado de trabalho e nessa perspectiva não seria diferente.

Conforme Valente (2019), precisamos conhecer e entender as principais mudanças na estrutura deste núcleo para conseguirmos trabalhar no ramo da saúde em geral, assim como, nas demais áreas, claro. A autora classifica alguns dos modelos atuais, são eles:

- Extensa ou alargada: é compreendida como sendo composta também por avós, tios, primos e outras relações de parentesco;
- Nuclear: compreendida de forma restrita, composta por pais e seus filhos;
- Homoafetiva: composta por casais do mesmo sexo;
- Monoparental: são formadas pela criança ou o jovem e apenas um de seus progenitores (pai ou mãe);
- Reconstituída: é formada quando pelo menos um dos cônjuges possui um filho de um relacionamento anterior;
- Unipessoal: composta por apenas uma pessoa.

Na atenção domiciliar nos deparamos com todos os exemplos de famílias acima mencionados que, na sua maioria, já chegam na assistência fragilizadas e com intensos sofrimentos sociais e emocionais. Em alguns casos, ainda possuem realidades distintas das ideais para compor o que o(a) paciente tanto carece e ainda emergem diversas demandas que precisam ser identificadas e trabalhadas, visto que nem sempre o contexto presente no dia a dia é aquele que a equipe interdisciplinar idealizará como sendo a perfeita para manter os cuidados em casa. Não podemos permitir o julgamento dos casos quando alguma situação sair da rotina esperada por todos.

A realidade na prática, geralmente, é bem diferente, mas não podemos nos permitir o esquecimento de que cada família é única e tem a sua própria história, maneira e características. Deste modo, o trabalho de assistentes sociais visa ajudar na adaptação dos cuidados e planejar estratégias para o melhor atendimento dentro das possibilidades apresentadas. Por exemplo, um(a) paciente com baixa condição financeira não pode ter o seu

direito violado de receber a assistência em seu lar, não pode ficar fadado a permanecer no hospital por isso. Desta forma, cabe ao(a) assistente social buscar meios para que consiga minimizar as dificuldades, seja incluído em programas, projetos, acesse benefícios e recursos, sensibilizando a família, comunidade e/ou poder público.

A família pode ser extensa e mesmo assim ninguém desejar ou poder assumir esse papel de cuidado pela falta de tempo, condições financeiras ou ainda pela ausência de vínculos estreitos com o(a) paciente por toda a “bagagem” pregressa familiar. Os que detêm histórias pregressas complicadas (abusos, violências, álcool, abandono etc.) devem receber um olhar mais minucioso do(a) assistente social, pois, não raramente, estes familiares acabam tendo que cuidar por obrigação e não por amor e isso, certamente, trará um desgaste maior à cuidadora e ao(à) paciente no decorrer do atendimento, chega um momento que a carga fica pesada para ambos na convivência. É notório que, quanto mais forem os laços estabelecidos entre eles antes da enfermidade, maior será o engajamento de toda a rede de apoio nos cuidados a ele (a).

Ademais, nesse âmbito é de suma importância alertarmos as equipes nos casos em que as famílias demonstrem inseguranças e receios na ida para casa, por se depararem com limites, sejam eles financeiros, emocionais, de logística. A cultura do “familismo”, que Mito (2008) cita, também se coloca a prova com a desproteção do poder estatal repassando aos familiares as obrigações básicas, o que ocorre em muitos casos e unidades de saúde no momento da alta hospitalar (processo de desospitalização). Este conceito é entendido como “uma perspectiva em que a política pública considera que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros.” (Esping-Andersen, 1991, p. 5).

Muitos familiares e cuidadoras não estão preparados para essa nova realidade e o(a) assistente social precisa acompanhar este desenrolar, auxiliar e intervir nesse panorama com possíveis soluções, pois nem todos apresentam realmente condições de cuidar de um(a) paciente, seja por motivo financeiro, emocional, estrutural e, em alguns momentos, essa condição é imposta e não questionada e compreendida. Sendo assim, o sujeito acaba indo para a sua residência sem o devido cuidado e a cuidadora sem a orientação e subsídio necessário que precisa para a eficácia do tratamento.

A rede de apoio social e suporte, penúltimo elemento social aqui destacado, também relevante nessa assistência, é entendida como um “conjunto de sistemas e de pessoas

significativas, que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo”. (Brito e Koller, 1999, p.115).

Neste aparato de cuidado da atenção domiciliar, essa rede é o apoio (estrutura) que o(a) paciente tem ou terá quando necessitar de algo ou alguém. Desta forma, cabe ao(a) assistente social reconhecer com quem eles possuem esses vínculos, o meio em que vivem e fazem parte, além de identificar a rede familiar, os amigos, os vizinhos, a comunidade e as instituições das quais o sujeito está ligado. Como cita Castro (2022, p. 33), é nesse contexto que “a colaboração e o espírito de vizinhança reduzem em favor da divisão e atitudes competitivas”.

Não podemos esquecer que alguns sujeitos apresentam necessidades e circulam com bastante frequência entre várias unidades de saúde a fim de complementarem o seu tratamento integralmente e, por isso, é importante a identificação dessa corrente para melhor compreensão e articulação do cuidado (referência e contrarreferência).

Com isso, a intersetorialidade que, segundo Bellini *et al.* (2013), é uma lógica de gestão que perpassa em diferentes âmbitos das políticas sociais e pressupõe uma articulação entre vários setores das diferentes políticas que são primordiais para viabilização das necessidades básicas. É fundamental vincular os(as) pacientes e familiares, que compõem diversas expressões da questão social, e são carentes de direitos, com os programas e projetos de assistência, educação, previdência, habitação, entre outras, é fundamental.

O último aspecto de grande relevância que precisamos pontuar atrelado aos elementos que fazem parte do cunho social, é o domicílio. A residência é o espaço sagrado, privativo e íntimo dos(as) pacientes e suas famílias onde cada ambiente tem um significado importante e diferenciado para eles.

Deste modo, nas novas implantações de pacientes em atenção domiciliar, principalmente, nos casos de alta complexidade, este local poderá sofrer impactos relevantes com a circulação de um número maior de pessoas, alterações nas rotinas/horários, exposição da vida íntima e ainda privação de liberdade dos moradores.

Logo, ressaltamos que é de suma relevância uma avaliação social presencial pelo(a) assistente social na residência, antes do início do atendimento, nos casos da modalidade de internação domiciliar, a fim de que este possa perceber as condições no que tange aos meandros sociais (composição e organização familiar, aspectos da cuidadora, renda, acessibilidade, condições de habitação, limites e possibilidades assistenciais etc.)

Neste âmbito, o(a) profissional tem a competência de alertar e orientar os envolvidos sobre as mudanças que virão, observar toda a realidade para validar os critérios de elegibilidade social para, assim, garantir a segurança do(a) paciente, identificar demandas e contribuir com alternativas para a família quando algumas alterações estruturais ou de acesso, forem imprescindíveis. Ademais, após a realização da avaliação, caso tenha alguma situação que inviabilize os cuidados assistenciais estes devem ser compartilhados e discutidos em equipe para que pensem se realmente o SAD conseguirá atender o(a) paciente em casa com todas as necessidades e salvaguardar que os profissionais consigam chegar para o trabalho proposto. Precisamos ter a consciência de que, em alguns casos, os que substituem o hospital (casos mais graves), não pode haver faltas de luz constantes no local de moradia para os abastecimentos dos equipamentos vitais, os profissionais precisam se deslocar com segurança, a logística dos serviços recursos precisam realmente acontecer, sob o risco deste(a) ficar desassistido.

Inclusive, em situações que o(a) paciente correr risco por alguma ausência, de estrutura na residência ou acompanhamento familiar adequado, é aconselhado dar o parecer social negativo e recomendar que este(a) permaneça no hospital até que se possa ter uma desospitalização segura. A falta destes fatores, entre outros, podem acarretar uma saída precoce e provocar uma volta ao hospital com o declínio de saúde.

O Serviço Social também tem nesse espaço sócio-ocupacional o olhar em relação a animais domésticos que contribuem para o tratamento sendo considerados terapêuticos, pois aliviam o estresse, ajudam no bem-estar, proporcionam alegrias e esperanças. Entretanto, por vezes, ocorrem alguns incidentes, sendo, assim, necessário a observação de fatores que possam gerar intercorrências no atendimento, como: contato direto e indireto destes com lesões, feridas e curativos dos(as) pacientes, proximidade com medicamentos, materiais e equipamentos e ainda atentar para risco de acidentes, ataques e mordidas à equipe de saúde. Caso algo disso venha a acontecer, cabe ao(a) assistente social mostrar a realidade aos familiares e pensar em soluções para amenizar o problema.

Em relação aos ambientes, devemos estimular que estes sejam arejados, iluminados e limpos periodicamente para que não haja o comprometimento e/ou agravamento na saúde do(a) paciente. Sempre devemos lembrar que este é um local da família e que precisamos respeitar as particularidades culturais, econômicas e os valores individuais de cada uma delas. Afinal, o trabalho de assistentes sociais não pode ser confundido com “fiscais da limpeza”, o que compete a categoria é a educação em saúde, o estímulo dos hábitos de higiene

preservando a qualidade de vida dos sujeitos, além de observarmos e elaborarmos alternativas a fim de obterem os recursos disponíveis, articulando com a rede intersetorial, para a melhora de suas condições integralmente.

Nesta realidade, o Serviço Social tem a tarefa de observar e não permitir que a residência vire um mini hospital, com o entra e sai de pessoas, troca de lugares de móveis/utensílios e o acesso a objetos pessoais sem devida autorização. O ambiente domiciliar precisa ser um lugar que forneça subsídios para os cuidados necessários ao(a) paciente, contudo as adaptações da assistência devem sempre acontecer de acordo com a realidade e circunstância apresentada. Deve-se partir de combinações prévias com os envolvidos para que se respeite os proprietários do lar e se estabeleça um relacionamento onde cada um tenha entendimento do seu papel e não avance o seu limite.

Como já destacamos anteriormente, a atenção domiciliar traz inúmeras vulnerabilidades sociais associadas por tamanha diversidade vivenciada em seu cotidiano, onde as debilidades são multiplicadas. Nos casos classificados como internação, em que há um maior número de profissionais e necessidades de recursos, atrelado à falta de melhora do quadro (somente estabilização), cabe denotarmos que esse é um atendimento com exigências de inserção do(a) assistente social em função do seu olhar integral para a realidade em que vivem os participantes. (NEAD, 2022).

Isto posto, no próximo capítulo iremos entender e delinear os parâmetros do trabalho de assistentes sociais na atenção domiciliar e contribuir, desta maneira, para a instrumentalização da categoria.

4 OS PARÂMETROS DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Tendo em vista conhecer a realidade da atenção domiciliar em relação às atividades do Serviço Social neste campo, o presente estudo apresenta as competências e atribuições da categoria no referido espaço sócio-ocupacional. Além disso, evidencia as demandas e estratégias de assistentes sociais para desenvolver seu trabalho, desvela os desafios e perspectivas sociais nos serviços domiciliares e delinea um instrumento de legitimação para o trabalho.

4.1 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Cada família irá reagir e administrar os fatores provenientes dos impactos que a doença trará de maneiras diferentes. Estes fatores, não raramente enormes, são: perda do reconhecimento do(a) paciente frente aos seus entes, redução do poder aquisitivo, alterações no modelo familiar, readequação dos papéis de cada membro, declínio da condição social, a exclusão da sociedade (sentimento de solidão), entre muitas outras.

Dessa forma, o trabalho da equipe de forma interdisciplinar ocorre “quando há a colaboração e a colaboração entre as disciplinas, bem como a complementaridade entre as mesmas” (Andrade, 2019, p.29), onde são realizadas as análises conjuntas da realidade a fim de serem tomadas decisões consensuais entre todos da equipe. Em outras palavras, é quando os profissionais de categorias diversas enxergam o sujeito de forma integral em seu contexto, o que é fundamental para auxiliar na readaptação de uma nova fase em que, na maioria dos casos, não há prazo determinado para a finalização.

Para a mesma autora, a interdisciplinaridade é realizada de forma horizontal, com trocas e integrações de vários especialistas, e é considerada como a forma “mais próxima da ideal [...] por partir do princípio de que a totalidade humana necessita muito mais do que visões parciais que resultam em atuações fragmentárias e focadas especificamente na própria área.” (Andrade, 2019, p.29) e é a maneira usada expressamente nesse estudo.

Andrade também conceitua outros termos usados para as equipes, mas que possuem significados diferenciados. A multidisciplinaridade corresponde à “justaposição de várias profissões, excluindo-se a necessidade de uma coordenação e objetivos comuns” (2019, p.28),

a pluridisciplinaridade significa o “agrupamento de disciplinas com objetivos diferenciados” (2019, p.28) e a transdisciplinaridade se traduz na junção de “diferentes disciplinas que podem ter objetivos múltiplos, coordenados de forma a desembocar em uma finalidade comum, sem existência de barreiras do saber”. (2019, p.28).

Por conseguinte, temos em destaque a fala do(a) entrevistado(a) sobre a essencialidade do trabalho em equipe para a realidade da atenção domiciliar:

E10: O trabalho do Serviço Social com uma equipe multidisciplinar envolve uma troca de informações, conhecimentos e perspectivas com profissionais de diferentes áreas, abordando um cuidado integrado e abrangente. Isso ajuda a compreendermos melhor as necessidades dos pacientes e a desenvolver planos de cuidado mais eficazes.

Essa forma de trabalho atrelada ao uso das competências e atribuições do(a) assistente social na atenção domiciliar, evidencia-se quando executamos o trabalho após a identificação das necessidades onde o profissional deve promover meios para dar vozes e viabilizar os direitos dos pacientes e demais envolvidos nessas circunstâncias. Apesar de já termos essa definição em nosso arcabouço teórico, é bastante comum encontrarmos profissionais atuando em diversas frentes e realizando atividades que não são suas, seja por desconhecimento ou por imposições institucionais. Esse fato é reiterado no diálogo abaixo em que o(a) entrevistado(a) traz a ausência de conhecimento da profissão:

E3: Acredito que para a maioria dos assistentes sociais, tanto na rede, como nas outras políticas, pelo que escuto dos colegas, sempre temos as mesmas queixas pelo não reconhecimento, do pessoal sempre confundir as nossas atribuições e competências que é principalmente quando a gente é não funcionário efetivo, não concursado, temporário, prestador de serviço como eu. O gestor tem sempre aquele olhar mais que a gente tem que fazer o que eles acham. Mas eu sempre tento pontuar para eles, desde que entrei, o que o profissional do serviço social faz, quais são os instrumentos e dentro do SAD o que o profissional tem que fazer porque eles confundem. Acham que a gente, dentro da saúde, só concedemos benefícios e coisas que são mesmo da assistência. Não entendem que tem coisas que não competem ao assistente social da saúde e sim da assistência ou outra política.

Considerando situações como essas e outras advindas da categoria, o CFESS ratificou no documento “Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (2010, p. 46) o que não é competência dos(as) assistentes sociais realizarem nos espaços sócio-ocupacionais na saúde:

[...] marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes, solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta, identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar, pesagem e medição de crianças e gestantes, convocação do responsável para informar sobre alta e óbito, comunicação de óbitos, emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o/a assistente social, montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

No modelo assistencial domiciliar a categoria precisa ter conhecimento, atentar-se ao que lhe compete e ao que deve realizar no dia a dia como profissional. Somente desta forma teremos argumentos suficientes para fugir das imposições errôneas que nos são colocadas no ambiente profissional.

Sendo assim, no quadro abaixo apontamos as diferenças de competências e atribuições que são desenvolvidas no trabalho de assistentes sociais na atenção domiciliar, conforme entrevistas realizadas e experiência da pesquisadora na área:

Quadro 3 – Diferenças de competências e atribuições na atenção domiciliar

Competências	Atribuições
Acolher paciente, cuidadora e família	Reconhecer as demandas sociais
Trabalhar em equipe interdisciplinar	Realizar avaliação e/ou estudo social
Identificar e avaliar a cuidadora e/ou responsável legal	Identificar os critérios sociais de elegibilidade para o atendimento domiciliar
Participar da organização do PAD	Realizar o levantamento dos impactos sociais que interfiram no cuidado domiciliar (dificuldades, possibilidades e limites)
Auxiliar no esclarecimento dos objetivos e funcionamento geral da atenção domiciliar e reforçar o papel de cada envolvido	Orientar sobre direitos, benefícios, documentos burocráticos (procuração, curatela, para óbitos) e demais necessidades sociais.
Oferecer suporte e orientações ao paciente sobre seus direitos e deveres	Fazer os encaminhamentos para a rede intersetorial
Identificar as expectativas do(a) paciente/ família frente a assistência	Realizar relatório e parecer social
Contribuir para a segurança de todos envolvidos	Registrar em prontuário as informações sociais
Monitorar e (re) alinhar a assistência na casa	Supervisionar estagiários de Serviço Social
Mediar os conflitos existentes	Elaborar o perfil social dos(as) pacientes atendidos(as)
Acompanhar e organizar os desmames (altas) com o(a) paciente/família	Elaborar plano ação social para cada atendimento
Articular com as redes de apoio/políticas sociais	

Realizar grupos de cuidadoras/familiares	
Executar visitas/acompanhamento pós-óbito	
Promover a educação em saúde	

Fonte: Elaborado pela autora.

A fim de que não haja dúvidas frente as terminologias usadas nesta pesquisa, cabe aqui destacarmos em relação a mediação de conflitos colocada no quadro acima como competência e que deve ser entendida como uma técnica profissional, porém bastante confundida com instrumento da profissão.

Sobre isso Martinelli (1993) destaca que, enquanto categoria marxiana de análise da realidade, a mediação é o subsídio teórico que busca a articulação entre as diversas dimensões da vida social, estabelecendo um trabalho na perspectiva de transformação da realidade, identificando limites e possibilidades, ainda que sejam nas determinações da sociedade capitalista, tendo em vista que as demandas institucionais surgem no cotidiano, desprovidas de mediações que conduzam a visões mais amplas e que possibilitam empreender ações transformadoras com base no compromisso assumido e construído pela categoria profissional.

Salientarmos também que os instrumentos e ferramentas utilizados por assistentes sociais, apesar de serem os mesmos de outras categorias profissionais, se diferem no objetivo final da intervenção. O propósito do Serviço Social é ter meios para identificar as vulnerabilidades sociais e realizar o plano de ação para cada uma delas, a fim de reduzi-las.

Desta forma, como estratégia fundamental a ser usadas pela categoria nesse contexto variado de necessidades, é indispensável que o trabalho esteja pautado e alinhado com as três dimensões da profissão que são complementares: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. As dimensões profissionais do Serviço Social são primordiais para a determinação das tarefas profissionais visando o fortalecimento das atribuições e, principalmente, para que não se deixe contaminar por influências e pressões dos serviços que possam moldar o seu fazer profissional.

A dimensão teórico-metodológica refere-se ao saber e ao conhecimento teórico que traz o fundamento, a base da profissão. Ela é fundamental por contribui para revelar a realidade e subsidia à intervenção profissional, que deverá ser planejada. É também a compreensão e apreensão das teorias e métodos. Para Lacerda (p.2),

Essa competência necessita do embasamento das teorias sociais críticas que embasam a formação do profissional do Serviço Social, teorias estas, que

nos orientam para que a leitura da realidade social não seja realizada de forma fragmentada, mas sim, considerando todos os determinantes que estão presentes nas mais diversas demandas que se apresentam nos espaços ocupacionais do(a) assistente social.

Ao serem questionados(as) quanto a importância desta dimensão os(as) entrevistados(as) trouxeram as seguintes conotações:

E9: Essa dimensão faz total sentido a utilização no meu cotidiano. É uma fonte inesgotável de recursos para uma atuação técnica assertiva e comprometida com o usuário.

E5: Ela me ajuda a entender como fazer, a intencionalidade, o porquê do fazer.

O que corrobora com o que Guerra (2023, p.45) considera:

[...] os fundamentos, nesse caso teórico-metodológicos, são como os alicerces que sustentam ideias, os argumentos de explicação, as formas de interpretar a profissão e a realidade. Trata-se da fundamentação adotada pela profissão e pela profissional que lhes permite apreender a realidade social e nela a profissão. Nessa concepção também se considera os fundamentos ideológico-políticos aos quais subjazem determinadas concepções de homem e mundo, priorizam determinados valores e afirmam determinado projeto de sociedade e de profissão.

Já a dimensão ético-política é o direcionamento, princípios e valores do Serviço Social, pautados pela Lei de Regulamentação da Profissão, que estabelece as competências e as atribuições profissionais, e o Código de Ética (1993). Aqui vale destacarmos que o trabalho de assistentes sociais não é “neutro [...] este é realizado no marco das relações contraditórias de poder e de forças sociais da sociedade capitalista”. (Sousa, 2008, p. 121).

A partir dos relatos dos(as) entrevistados(as), é notório que o projeto ético-político está alicerçando em todo o trabalho. Desta forma, destacamos as seguintes falas:

E9: (a dimensão ético-política) Na medida em que se realiza a articulação dos elementos correspondentes que traduzem um Serviço Social com a atuação crítica e propositiva e as demandas apresentadas pelos usuários.

E10: Eu identifico o projeto ético-político do Serviço Social na minha prática. Isso envolve a defesa dos direitos humanos, a justiça social, a equidade e a inclusão. Trabalho para capacitar os indivíduos, respeitando sua autonomia e buscando promover mudanças sociais que melhorem as condições de vida delas.

Outro fator importante dessa dimensão, que deve ocorrer nos mais diversos serviços/instituições de saúde e que não podemos esquecer, é a garantia de sigilo profissional.

As intervenções da categoria não podem ser realizadas em locais desprotegidos, impedindo o acolhimento correto e segurança dos sujeitos. O sigilo profissional está preconizado no regulamento da categoria e refere que os atendimentos ocorram em uma sala reservada ao Serviço Social. Contudo, sabemos que, infelizmente, esta não é a realidade de todos(as) trabalhadores(as).

Além disso, precisamos ter cautela no que se refere aos registros coletivos (prontuários) e encaminhamentos feitos para outros serviços/departamentos. A falta de cuidado pode acarretar um inquérito no conselho por questões administrativas e disciplinares, conforme vem destacado no Código de Ética (1993), capítulo V:

Art. 15 - Constitui direito do assistente social manter o sigilo profissional.
Art. 16 - O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. Parágrafo único - Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário. Art. 17 - É vedado ao assistente social revelar sigilo profissional. Art. 18 - A quebra do sigilo só é admissível quando se tratar de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade. Parágrafo único - A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento. (CFESS, 1993).

Partindo deste dever ético, o trabalho de assistentes sociais pressupõe a preservação da confidencialidade obtida nas intervenções dos interesses dos(as) pacientes/familiares que podem ter relação com inúmeros aspectos (familiares, profissionais, institucionais, relacionais). Assim, é indispensável restringirmos os escritos que promovam o constrangimento ou a quebra de um segredo. Esta atitude alinha-se com o que determina a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (nº13.709/2018), quando se preserva os interesses dos implicados no âmbito da saúde, os protegendo quanto ao compartilhamento de suas informações.

Com isso, compete aos assistentes sociais fornecer descritos que forem pertinentes a todos, que subsidie toda a assistência. Do contrário, se for imprescindível, aconselha-se o registro em locais restritos à própria categoria (prontuário social, por exemplo). Aliás, é necessário ressaltarmos a importância destes descritos em geral para o conhecimento de toda equipe interdisciplinar durante o acompanhamento social, visando que essa metodologia é uma importante ferramenta de troca de informações.

A última, e não menos importante, a dimensão técnico-operativa, diz respeito do fazer profissional. Para Miotto e Lima (2009, p. 36) “[...] não se trata apenas dos instrumentos, mas de uma definição de objetivos, finalidades, conhecimento, linguagem, articulação das condições objetivas e subjetivas, enfim, uma série de procedimentos e de ações que o profissional pode adotar visando uma determinada finalidade”.

No viés do trabalho, para Sousa (2008), o profissional deve conhecer, se apropriar, e sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que lhe permitam desenvolver as ações profissionais junto à população garantindo, assim, o atingimento dos objetivos estabelecidos pela dinâmica da realidade social.

Sendo assim, é importante destacarmos que o(a) assistente social tem autonomia para escolher a forma como irá laborar frente a realidade vivenciada conforme destaca o Código de Ética (1993):

Art. 2º - Constituem direitos do assistente social:

h) ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções.

O profissional deve usar da instrumentalidade da profissão, que segundo Guerra (2014) é a capacidade, qualidade, propriedade de utilizar cada instrumento de acordo com o alcance dos objetivos, para avançar em sua intervenção. Vale ressaltar que cada caso é único e não podemos tornar o trabalho mecânico, repetitivo, imediatista e burocrático.

O início de qualquer atendimento domiciliar, com raras exceções, é bastante conturbado para todos envolvidos nesse meandro, pois a maioria das residências passa pelo que a pesquisadora chama de “síndrome dos primeiros dias”, ou seja, é o período de adaptação a uma nova realidade que, por vezes, demora a se estabilizar. Nesta ocasião o(a) assistente social deve ser o responsável por alinhar as questões necessárias com as famílias, verificar as expectativas, mostrar os limites, proporcionar as possibilidades, explicar sobre os termos burocráticos, orientá-los e alertá-los sobre como será o atendimento no domicílio.

Desta forma, para que o trabalho profissional realmente entenda quais objetivos deve delinear para atingir as metas, é necessário que conheça de forma profunda a realidade inserida e, com isso, realize um estudo social:

[...] um processo metodológico específico do Serviço Social, que tem por finalidade conhecer com profundidade, e de forma crítica, uma determinada

situação ou expressão da questão social, objeto da intervenção profissional — especialmente nos seus aspectos socioeconômicos e culturais. (...) de sua fundamentação rigorosa, teórica, ética e técnica, com base no projeto da profissão, depende a sua devida utilização para o acesso, garantia e ampliação de direitos dos sujeitos usuários dos serviços sociais e do sistema de justiça. (Favero, 2014, p.53-54).

Isto é o aprofundamento da realidade, realizado exclusivamente pelo(a) assistente social, de maneira crítica e propositiva, já que é uma atribuição específica da categoria. De acordo com o documento do CFESS “Produção de Documentos e Emissão de Opinião Técnica em Serviço Social” de 2022:

“Estudo social” ou, mais precisamente, “Estudo Social em Serviço Social”, se insere nas atribuições privativas de assistente social, ainda que não elencado explicitamente no rol dessas atribuições previstas na Lei 8.662/1993. Isso, porque existem elementos postos pelos referenciais teórico-metodológicos e éticos da profissão, que nos permitem reconhecê-lo como atribuição privativa de assistentes sociais. Ou seja, apenas profissionais devidamente graduadas/os em Serviço Social estão habilitadas/os para realizá-lo. (2022, p. 44).

Este método propicia a elucidação real do panorama do sujeito, permitindo o desvelamento do perfil socioeconômico e cultural, o contexto familiar e as demandas sociais que necessitam ser trabalhadas. Na atenção domiciliar, os casos mais complexos, que ficarão por mais tempo na assistência, necessitam de um acompanhamento mais efetivo e possuem mais necessidade gerais, deverão ser vistos por esse viés. Para isso, a pesquisadora denomina de EPI: “Estudo social para Planejar e, assim, Intervir”.

Para o alcance deste objetivo - conhecer a realidade profundamente e sair do senso comum - é preciso abrir a “maleta” de instrumentos à disposição da categoria. A partir disso, conforme a escolha dos instrumentos diretos (os quais explicaremos na sequência), ir desenhando esse caminho de descobertas da realidade.

Ainda falando sobre a dimensão técnico-operativa, temos a divisão dos instrumentos em dois seguimentos, os diretos (citado acima) e os indiretos. O primeiro deles corresponde os quais Sousa (2008) referência como sendo os realizados “face a face”, compostos pela observação, reunião, visitas domiciliares, entrevistas sociais, atendimentos sociais, acolhimento, acompanhamento, grupo etc. Estes são os meios que deverão ser selecionados conforme determinamos o objetivo da intervenção, e não ao contrário.

Neste sentido, precisamos destacar a visita domiciliar que ganha uma relevância maior no âmbito da atenção domiciliar uma vez que o atendimento ocorre, exclusivamente, neste local. Na realização deste instrumento cabe ao assistente social, de forma respeitosa e sem emitir juízo de valor, identificar as condições básicas necessárias, ver a viabilidade de acesso e se há algum risco para os envolvidos, bem como, as condições básicas nos meios habitacionais para viabilizarmos a assistência e garantirmos o mínimo adequado atendimento ao(à) paciente.

A visita domiciliar, segundo Amaro (2018, p.12), “reúne pelo menos três técnicas para desenvolver-se: a observação, a entrevista e a história ou relato oral”. Assim, ela se constitui em um instrumento utilizado pelo Serviço Social que tem como objetivo conhecer a realidade dos sujeitos, a sua condição financeira e as relações sociais envolvidas. A partir dela, por meios criativos e propositivos, o(a) assistente social realiza as intervenções indispensáveis. Na atenção domiciliar esse instrumento é aliado da observação (o olhar atento aos detalhes) e da entrevista semiestruturada (com roteiro prévio ou não).

Cabe destacarmos que cada profissional determina a periodicidade destinada ao acompanhamento domiciliar, considerando os seus critérios (semanal, mensal, bimestral) versus o número geral de pacientes atendidos e o tempo de trabalho destinado. Lembrando que há deslocamentos de uma casa para a outra, o que influencia no número diário de visitas que acabam sendo menores do que as possíveis em um âmbito hospitalar, por exemplo.

Assim ressaltamos que não há receita para a visita domiciliar perfeita. A prática faz toda a diferença, mas o fundamental é que o(a) profissional esqueça as suas verdades, crenças, opiniões, o que entende por certo ou errado, pois cada família se organiza de uma forma e tem a sua própria veracidade.

No contexto das visitas domiciliares, que são competências da profissão, não podemos deixar de destacar a visita de pós-óbito, muito comum na atenção domiciliar, elas são realizadas sempre que houver o falecimento de um(a) paciente, ou seja, a equipe segue acompanhando a família por mais um período, já que necessitará de uma nova readaptação da realidade no processo de luto em todos os aspectos de vida: familiares, emocionais, financeiros, estruturais etc. A família e a cuidadora, muitas vezes sozinhas, se acostumam com a presença da equipe, que, não raramente, são o seu único ponto de aconchego e desabafo no dia a dia, fazendo a ponte destes com a sociedade em vista da solidão em que vivem (ou viveram). Destacamos que esta visita é indicada nos casos em o(a) profissional

tenha criado um certo laço com os responsáveis, caso contrário, é melhor a realização de uma ligação de pênsames e para orientações necessárias.

Sobre a reunião familiar, ela pode ocorrer no ambiente domiciliar ou até mesmo nos SADs. Esta é realizada no início da assistência para os acordos e alinhamentos de expectativas e/ou sempre que houver necessidade por motivos de solicitação do(a) paciente e sua família ou mesmo pelo fato da equipe entender que é preciso rever os direitos e deveres de todos. Além disso, é bastante comum a sua aplicação quando a equipe começa a pensar em alta geral deste no atendimento.

Para Andrade (2019, p.37)

Nesse encontro entre profissionais e familiares, o exercício da linguagem harmônica, do consenso das orientações, da percepção das principais dúvidas e facilidades enfrentadas pelas famílias cria oportunidades também de uma verdadeira integração entre os saberes e a interação entre os profissionais.

O segundo conjunto de instrumentos são os chamados de indiretos. Conforme Sousa (2008), feitos “por escrito”, onde há o registro das descobertas e materialização dos fatores identificados na realização dos diretos. Esse conjunto de instrumentos corresponde ao relatório social, parecer social, o registro em prontuário, encaminhamentos, atas e declaração de comparecimento (no atendimento social). É importante frisarmos que não abordaremos neste trabalho os aspectos relacionados à perícia social e ao laudo social, pois estes dois não são usados na saúde e sim no segmento judiciário.

Conforme demonstra os(as) entrevistados(as) abaixo, observamos que a “maleta” de instrumentos técnico-operativos da categoria são usados no trabalho cotidiano e se assemelham entre eles, independentemente, de rede que desenvolvem o seu trabalho:

E5: Meus instrumentos são a visita domiciliar diariamente, institucional, em hospital para desospitalização, sou o suporte do hospital para dar alta com segurança, mapeamento dos serviços que existem, relatórios sociais, só não é habitual fazer o estudo social. Faço parecer social. Escuta qualificada, observação, encaminhamento. Também realizo visita pós-óbito...algumas vezes junto do psicólogo.

E6: Faço avaliação social, acompanhamento social, encaminhamentos, articulo com a rede intersetorial da rede pública e privada, capacito profissionais assistentes sociais realizam a prestação de serviço, reviso os relatórios do Serviço Social, monitoro os atendimentos através de planilhas, participo de reuniões...”

E9: Eu uso a ficha de avaliação social, o prontuário afetivo, o registro das visitas de acompanhamento e dos contatos telefônicos e a escala de Zarit.

Os instrumentais também estiveram presentes na fala de um(a) dos(das) entrevistados(as) quando questionado sobre as suas atividades desenvolvidas:

Faço entrevistas para coleta de dados, com familiar/cuidador; faço o genograma e ecomapa, avalio os riscos no cuidado domiciliar, vejo quando precisa de instrução as equipes na identificação de sinais de maus tratos, negligência e violência contra o paciente, faço orientações gerais, pós-óbito, previdenciária, benefícios sociais, curatela, procuração. Realizo também visita pós-óbito, que não é exclusivo meu, ainda faço escuta qualificada dos cuidadores em condições de vulnerabilidade, articulo com a rede de apoio [...]. **E9.**

Sabemos que a escolha dos instrumentos a serem utilizados não é uma tarefa fácil, pois requer a avaliação dos objetivos, considerações sobre as estratégias e observação das linguagens. Além disso, estes meios possuem um caráter quantitativo e/ou qualitativo e se complementam. Para tanto, o uso de cada um deles está atrelado à realidade apresentada, afastando-se assim, obrigatoriamente, do fazer profissional mecânico, repetitivo, burocrático.

O(a) assistente social também desenvolve as atividades junto da equipe interdisciplinar, como na elaboração do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), em que traz a todos os subsídios da área social. Além de acolher o(a) paciente/família, identificar o(a) responsável/cuidadora, mediar as relações/conflitos, acompanhar e organizar os desmames (altas), articular e realizar encaminhamentos para as redes de apoio e suporte, promover trabalhos em grupos e realizar supervisão de estagiários.

Além disso tudo acima destacado, é recomendado o uso de algumas ferramentas para facilitar a compreensão do trabalho, entre ele o Procedimento Operacional Padrão (POP), para guiar e nortear as principais competências e atribuições em relação a área trabalhada. Além dele, temos ainda o guia de recursos sociais, documento que deve constar todos os endereços para encaminhamentos e pessoas de contato, o genograma e o ecomapa, o plano de ação para cada paciente, a elaboração dos indicadores assistenciais do Serviço Social e ainda o controle de produtividade. Este último não se dá pelo viés da ideologia capitalista de trabalhar cada vez mais e a qualquer custo, mas sim pela perspectiva de entender como compõe o seu trabalho de modo geral e, também, o seu limite. Por meio dele é possível mostrar, se necessário, que o trabalhador(a) precisa de outra pessoa para auxiliar com as demandas. Além destes, há o uso de escores, que debateremos especificamente em uma seção mais diante.

Para compreendermos com mais clareza os instrumentos e ferramentas usadas na atenção domiciliar pelo(a) assistente social, destacamos o quadro abaixo:

Quadro 4 – Instrumentos e ferramentas usadas na atenção domiciliar

Instrumentos diretos	Instrumentos indiretos	Ferramentas
Acolhimento	Atas	Ecomapa e genograma
Acompanhamento social	Diário de campo	Escore de Risco Social na atenção domiciliar
Avaliação social	Declaração de comparecimento	Guia de recursos sociais
Entrevista social	Encaminhamentos	Indicadores
Grupos	Relatório social	Plano de ação
Observação	Parecer social	Procedimento Operacional Padrão (POP)
Reunião familiar/equipe	Registro em prontuário	Produtividade
Visita domiciliar		

Fonte: Elaborado pela autora.

É importante salientarmos que os instrumentos são ferramentas estratégicas que usamos no nosso dia a dia para conhecer o(a) paciente e a realidade vivenciada por ele, que nos permite identificar o impacto na atenção domiciliar, na saúde.

Cabe pontuarmos que situações conflituosas são inerentes ao panorama da atenção domiciliar, principalmente, pela pressão vivenciada pelos sujeitos diariamente. Contudo, a pesquisadora em sua experiência relata que estas podem ser enfrentadas utilizando o chamado “método PDT” que corresponde a paciência, o diálogo e a transparência. Essa ferramenta é, certamente, a chave para o sucesso ou diminuição dos ruídos na maioria dos casos.

A paciência é imprescindível, pois as famílias, geralmente, procuram a equipe, fazem contatos diversos, apresentam uma carga muito pesada, por vezes, não entendem facilmente o objetivo do atendimento. Frente a isso terão momentos em que todos os profissionais estarão cansados e exaustos, mas é preciso ter a consciência de que, se trabalhado corretamente para intervir nesse contexto familiar, esse período logo passará. Salientamos que em momentos de desgaste com a equipe, que podem ocorrer em função de uma determinada situação, o rodízio na comunicação com a família deve ser implantado.

O diálogo é fundamental para chegarmos a um acordo que será necessário no andamento do atendimento. Não haverá outra maneira para resolvermos qualquer tipo de situação sem uma conversa, identificando a raiz das situações, que, muitas vezes, são de cunho social. Cada pessoa envolvida precisa estar aberta e, em alguns casos, renunciar, lembrando sempre que a atenção domiciliar é compartilhada e precisa do apoio de todos para dar certo.

E por último, mas não menos importante, vem a transparência, que é essencial, pois devemos agir na assistência domiciliar de forma ética e verdadeira. O(a) assistente social deve mostrar a realidade de uma situação para um(a) paciente, familiar e cuidadora auxiliando, assim, no aumento de vínculo entre eles e contribuindo para o melhor fluxo assistencial. É importante aos profissionais que tenham consciência dos limites institucionais, da normativa da atenção domiciliar para que possam transmitir as orientações corretas e tenham sempre argumentos para conversar com os envolvidos de forma clara e objetiva.

Como podemos observar, a profissionalização do(a) assistente social na atenção domiciliar exige um conhecimento amplo e uma capacidade de entendimento total das suas competências, qualificações e atribuições sempre aliadas ao sentido crítico da realidade inserida, independentemente da rede de atuação.

No próximo capítulo, aprofundaremos melhor as demandas enfrentadas neste âmbito.

4.2 DEMANDAS E ESTRATÉGIAS DE ASSISTENTES SOCIAIS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR DA REDE PÚBLICA E PRIVADA

Nesse interim, é fundamental evidenciarmos a relevância do Serviço Social na atenção domiciliar, porém devemos também destacar os desafios e contradições encontradas. No atendimento domiciliar encontra-se uma realidade de trabalho repleta de excessos de demandas e atribuições, sem a garantia na viabilização de direitos básicos aos pacientes na sua totalidade, postos de trabalho precários, informalidades, excessos de metas a serem cumpridas, autonomia relativa (respondendo pelas demandas da população e exigências dos serviços) e dificuldades de colocar o trabalho em prática pela falta de protocolos e orientações norteadoras do setor.

Nesse caminho, Guerra *et al.* (2016, p. 7) destacam as principais demandas que se apresentam ao Serviço Social no cotidiano são:

De diferentes tipos de demandas, a depender da região, subpolítica, do programa, da instituição/unidade, do campo/área etc.); b) demandas espontâneas (especialmente na política e nos equipamentos da Assistência); c) demandas imediatas; d) demandas “indevidas” (formulação pouco clara); e) demandas secundárias; f) demandas reprimidas.

Não diferentemente disso, a atenção domiciliar é permeada por inúmeras situações variadas e inesperadas, que vão desde as avaliações iniciais para verificação dos critérios

sociais de inclusão, o monitoramento no andamento de toda assistência e o levantamento das demandas para o planejamento até o final com o desfecho do óbito ou alta (desmame). O trabalho de assistentes sociais é marcado pelas expressões da questão social, com falta de vínculos familiares ou desgaste no cuidado, com condições precárias de moradia e saneamento, meios de subsistência inexistentes, ausência de um ambiente organizado, violência, maus-tratos, drogadição, alcoolismo, abandono, negligência, conflitos, exclusões etc. Os casos de violência (física e verbal) são muito comuns, ainda mais pela maioria dos(as) pacientes em atendimento serem idosos, ou seja, quanto mais dependente for a pessoa, maior o risco de ser vítima de violência.

Logo, o Serviço Social deve ter um olhar atento, pois alguns casos são extremamente velados e difíceis de serem identificados. Vale destacarmos, ainda, que muitas cuidadoras também enfrentam agressões físicas, psicológicas e/ou patrimoniais caladas por dependerem financeiramente dos agressores (nos casos de filhos doentes e dependerem do pai da criança, por exemplo). Como descrito anteriormente, a circunstância fica potencializada quando o contexto tem um doente frágil envolvido, cujas vítimas não conseguem enxergar alternativas em suas vidas para saírem desse ciclo.

O(a) assistente social (assim como toda equipe) deve observar os mínimos sinais nas visitas domiciliares, nas reuniões realizadas e nos atendimentos em geral para que realizem a intervenção urgente, fortalecendo os sujeitos e viabilizando os devidos encaminhamentos às políticas e aos órgãos responsáveis, sempre que for necessário.

Conforme a fala dos(as) entrevistados(as), podemos notar na rede pública um contexto de maior fragilidade em relação às necessidades básicas para a dignidade (alimentação, condições de moradia, renda etc.):

E3: A maioria dos meus atendimentos são sobre insegurança alimentar, vulnerabilidade e risco social, pessoa com deficiência, necessitando de benefícios. Quando não é papel do SAD temos abertura para referência e contrarreferência para a rede.

E1: Atendo familiares que não tem o que comer em casa, preciso articular com a política de assistência o tempo todo para conseguir recursos.

Outro(a) entrevistado(a) destacou que variam as demandas atendidas, “elas incluem cuidados com idosos, pessoas com deficiência, pacientes em reabilitação, cuidados paliativos, questões familiares e de moradia, acesso a benefícios sociais, entre outras”. (**E5**).

Desta maneira, podemos observar a amplitude e diversidade de situações que fazem parte do trabalho dos(as) assistentes sociais nos SADs:

E8: Participo de reuniões de equipe multiprofissional, reuniões diárias de alinhamento dos atendimentos, faço orientações quanto às rotinas da atenção domiciliar, reforço o papel do cuidador e suas responsabilidades, vejo as elegibilidades, limitações dos serviços e necessidade de readequações da estrutura familiar. Sou suporte das com informações dos aspectos sociais do paciente e família que irão impactar no atendimento domiciliar. Também sensibilização a equipe multiprofissional da relevância de atendimento humanizado. Ajudo nos problemas entre família, paciente e equipe.

E9: Eu realizo a avaliação socioeconômica do paciente/família encaminhado para acompanhamento domiciliar com objetivo de promover a alta segura, identifico o cuidador, reuniões com os responsáveis, faço visitas domiciliares, encaminho o cuidador para treinamentos, faço visita em ILPI para análise de viabilização do cuidado no local; oriento possíveis providencias/adaptações junto aos responsáveis, compartilho com demais membros da equipe multi e, quando necessário com os gestores, do parecer favorável ou não do Serviço Social para a desospitalização e acompanhamento, media conflitos, etc.

Já no sistema suplementar privado, encontra-se menos situações financeiras drásticas. Entretanto, elas existem e é um mito falar que as pessoas que possuem plano de saúde, por exemplo, têm condições financeiras favoráveis, já que a maioria possui este aporte por trabalhar em empresas que fornecem este benefício, ou seja, não sai do bolso do empregado e sim do empregador. Relacionado a isso, destacamos a fala do(a) assistente social que trabalha nesse âmbito: “Apesar de trabalhar na rede privada de saúde, atendo muitas situações de vulnerabilidade e risco social, casos de suspeita ou confirmação de violação de direitos”.
(E9).

Outro ponto que cabe contextualizarmos e que foi trazido pelos(as) entrevistados(as) foi a limitação da autonomia na rede privada:

E5: Em específico no meu local de atuação, identifico uma limitação e uma autonomia relativa, onde o atendimento só pode ser realizado com a autorização da fonte pagadora (operadora de saúde). Devido a isto muitos atendimentos são realizados só por telefone (onde a instituição entende que estes atendimentos por telefone não deveriam ocorrer, pois não são pagos), pois a família tem acesso ao contato telefônico quando é realizado o agendamento do atendimento domiciliar. A centralidade do atendimento geralmente fica direcionada somente ao médico.

Esses limites podem se relacionar com as normas contratuais que não permeiam as coberturas requeridas aos pacientes, pois são regidos conforme acordos comerciais. Contudo,

não podemos deixar de salientar o estigma e o preconceito da própria categoria frente ao eixo privado, o que também veio à tona e deve ser discutido entre os pares.

Segundo Correa (2023, p. 74) isto se deve:

[...] a ausência do debate sobre o trabalho do/a assistente social na empresa ocorre desde a formação profissional, como um fator de preconceito com este campo. E ressalta-se a preparação destes/as profissionais para trabalhar no setor público-estatal. Desta forma, considera-se os mecanismos que vão (in)visibilizando e hierarquizando este campo de trabalho na formação de assistentes sociais, na produção de conhecimento, no exercício profissional, mas também oculta as necessidades das pessoas atendidas pelos/as assistentes sociais no âmbito empresarial.

Aspecto que é reiterado pelo relato do(a) entrevistado(a) **E5**:

Os próprios colegas têm preconceito quando eu ligo e digo que sou da rede privada, sei que isso é histórico, mas os que não são do SUS também precisam de apoio e orientação dos seus direitos. Estamos falando de famílias que estão tendo os seus direitos violados. Esses dias até consegui articular com a política da assistência de SP, mas é difícil isso acontecer.

Diante das entrevistas realizadas e experiência da pesquisadora, elaboramos o quadro abaixo que apresenta as principais diferenças da atenção domiciliar na rede pública e privada:

Quadro 5 – Diferenças entre a rede pública e privada na atenção domiciliar

	Rede pública	Rede privada
Portaria que fundamenta o serviço	RDC nº 11	RDC nº 11
Legislação específica	Portaria do Melhor em Casa/2024 – é um direito do paciente	Não há legislação de obrigatoriedade, ainda não consta no ROL da ANS que determina os planos a fornecerem determinados atendimentos
Perfil geral de demandas sociais	Vulnerabilidade financeira, insuficiência alimentar, condições insuficientes de moradia, difícil acesso, dificuldade de recursos para insumos (fralda, dieta, medicamentos)	Vulnerabilidade familiar, falta de vínculos estreitos, cuidadora esgotada (cuidando por não ter opção), negligência no cuidado, dificuldade de compreensão da responsabilidade e direito de cada um
Judicialização	Baixa demanda	Alta demanda
Dificuldade de adquirir recursos por meios próprios	Alta demanda	Média/baixa demanda

Escolaridade e renda	Baixa escolaridade, grande maioria da população abaixo de 3 salários-mínimos	Mediana a alta escolaridade e famílias variam de baixa, média e alta condição financeira
----------------------	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Observamos que a rede pública atende uma população mais carente de recursos e, assim, necessita de um empenho maior do(a) assistente social nas articulações com as redes de apoio, mediações intersetoriais, encaminhamentos, bem como, acompanhamentos mais frequentes. Na esfera privada, geralmente, são atendidas por uma população com um perfil financeiro mais favorecido ou não tão vulnerável, as demandas postas ocorrem relacionadas a mediações de conflitos, articulações intersetoriais e encaminhamentos.

Cabe destacarmos os casos judicializados que são provenientes, principalmente, da saúde suplementar. Estas situações ocorrem quando os(as) pacientes, familiares e/ou responsáveis buscam através do judiciário os seus direitos não atingidos. Esses casos requerem profissionais altamente preparados, pois a relação com os envolvidos é conflituosa em função da assistência negada. Entretanto, independentemente dos trâmites processuais, cabe ao(a) assistente social, nesse quesito, fazer valer o seu propósito, fornecendo subsídios que possam trazer justiça, dignidade e qualidade vida aos envolvidos.

Desta forma, os (as) assistentes sociais devem realizar uma intervenção cuidadosa com as pessoas envolvidas, que estão recebendo o atendimento domiciliar, para que obtenham as orientações a fim de viabilizarem os seus direitos. Os principais direitos a serem assegurados referem-se aos previdenciários (aposentadorias, pensões e auxílios), aos trabalhistas (Fundo de garantia por tempo de serviço - FGTS, licenças, seguros), aos socioassistenciais (benefícios, desconto de energia elétrica etc.), e aos demais que estiverem disponíveis na rede já que farão toda a diferença em muitas realidades.

Destacamos que no trabalho desenvolvido na atenção domiciliar, as ferramentas e estratégias da profissão devem ser as mesmas tanto para a rede pública quanto para rede privada. O que varia são as características próprias de cada uma delas, as demandas impostas e latentes nestes pólos que exigirá um profissional dinâmico, articulador, observador, comunicativo, proativo para a realização de um trabalho eficaz. Além do mais, o(a) assistente social não pode ficar limitado às questões da sua categoria, precisamos expandir o conhecimento, pois a atenção domiciliar envolve muitas situações e é preciso desenvolver um trabalho de forma ampla e global, porém assegurando sempre o limite, sem avançar em atribuições de outras categorias profissionais.

É importante a percepção de todas as legislações que envolvem este segmento, assim como os termos biomédicos da saúde em geral, demais políticas, entendimento sobre as doenças de uma forma ampla (sem adentrar na esfera do tratamento de cada uma delas). Por exemplo: precisamos saber que um(a) paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) tem uma doença irreversível e degenerativa, que este (a) necessitará de um equipamento de ventilação mecânica e que isso trará impactos muito importantes para o contexto familiar.

O conjunto de equipamentos, insumos e materiais que fazem parte deste contexto devem ser reconhecidos, pois seguidamente os(as) pacientes, cuidadoras e familiares irão questionar e falar sobre eles, desta forma o(a) profissional precisa estar familiarizado. É de conhecimento que o(a) assistente social não deve saber manuseá-los e nem usar cada um deles, pois não é de sua competência e atribuição, mas saber nomeá-los e identificá-los irá ajudar nas visitas, na melhor compreensão dos atendimentos e nas intervenções junto aos envolvidos.

4.3 OS DESAFIOS E AS PERSPECTIVAS SOCIAIS NOS SERVIÇOS DOMICILIARES

Desafios não faltam nesse modelo de saúde frente as inúmeras adversidades e todas as pessoas envolvidas são afetadas de alguma forma. Os desafios são para o(a) paciente, que se depara com a sua rotina modificada em função de uma doença, por vezes incurável; para as cuidadoras, que precisam se adaptar com tarefas não praticadas antes; para o familiar, que terá o seu ambiente domiciliar com a privacidade restrita, terá a diminuição da autonomia, sofrerá na invasão do ambiente doméstico e; para os trabalhadores, que enfrentam deslocamentos de uma residência para outra, baixos salários em geral, conflitos em suas moradas que interferem no cotidiano de seus trabalhos.

Nessa realidade ainda nos deparamos com um mercado não preparado para as demandas. A falta de comprometimento é umas das principais queixas das famílias que recorrem ao Serviço Social para articulação e manejo, já que ocorrem recorrentes quebras de vínculos e continuidade de ações/tratamentos, principalmente, nos casos de alta complexidade, que precisam de recursos humanos mais especializados. O “turnover”, a rotatividade de profissionais, de todas as categorias é constante, sendo agravada pela escassez de pessoas que desejam atuar nessa função. Os profissionais área privada (não concursados) encaram essa assistência ainda como um “bico” até arranjam outra oportunidade, afinal a grande maioria recebe baixos salários fazendo com que o setor não se torne atrativo.

Outro ponto que cabe discutirmos aqui é o número de profissionais recém-formados que iniciam sua jornada de trabalho na atenção domiciliar. Podemos inferir que este fato ocorre pela procura de profissionais e pouca mão de obra, logo, é um espaço propício para a inclusão de algumas categorias (principalmente de enfermagem e fisioterapia). Além disso, cabe destacarmos que ainda há os “descartados” pelo capitalismo que caem de paraquedas vindos da atenção primária ou hospitalar. Essas particularidades não teriam nenhuma relevância se estes profissionais fossem capacitados para uma atuação individualizada com tamanhas adversidades nas casas dos pacientes, uma vez que, nos hospitais ou outros serviços há uma equipe junto e as dúvidas podem ser sanadas rapidamente. Este aspecto se não observado pode colocar em risco a qualidade do cuidado e a vida dos sujeitos.

Outra adversidade encontrada nesse contexto refere-se especificamente ao Serviço Social, que é a carência de visibilidade e discussão sobre a área no processo de formação profissional. Herman et al. (2022, p. 221) evidencia que “muitas instituições de ensino superior podem não observar a dimensão dos aspectos nele contidos e continuar a formar profissionais limitados diante das reais necessidades da população”.

Esse contexto também foi destacado pelo(a) entrevistado(a) **E2** “Quando a gente começa nessa área não acha material nenhum, nada para estudarmos, a própria portaria do Melhor em Casa não diz nada sobre o trabalho do Serviço Social. O início é desesperador”.

O(a) outro(a) entrevistado(a) completou a situação dizendo que “Se eu tivesse aprendido alguma coisa sobre essa área da faculdade seria bem mais fácil. Não se fala da atenção domiciliar na graduação” (**E10**). Como resultado, poucos postos de estágios obrigatórios são realizados nesse âmbito e com isso, podemos afirmar que essa ausência faz com que não sejam inseridos profissionais preparados neste mercado, prejudicando a assistência e, conseqüentemente, passando insegurança aos familiares que têm esse cuidado em casa. Com isso, as categorias preferem os ambientes comuns de saúde pela falta de respaldo na área.

Frente a esse cenário, é importante discutirmos o ensino acadêmico a fim de romper com o ensino tradicional. Isso significa mostrar os diferentes espaços de atuação profissional, entre eles, a atenção domiciliar que pode, inclusive, ser considerada uma opção de trabalho autônomo, conforme regulariza a Resolução do CFESS de nº 418/2001, alterada pela Resolução CFESS nº 467/2005, e instituiu a Tabela Referencial de Honorários de Serviço Social (TRHSS). É importante destacarmos que um(a) dos(as) entrevistados(as) nesta pesquisa trabalha desta maneira e esta forma é bastante requisitada ao Serviço Social, pois,

geralmente, as empresas privadas contratam os profissionais nesta modalidade inicialmente, ou seja, antes de realmente conhecerem a importância da categoria e depois realizam a contratação formal.

Hermann *et al.* (2020) retrata que a formação acadêmica não tem acompanhado a mesma velocidade e proporção que a atenção domiciliar ganha constantemente. Certamente, os SADs ainda possuem poucos profissionais inseridos se relacionarmos com a relevância e demandas sociais existentes. As profissões ainda não estão preparadas e demonstram um déficit de habilidades na hora de laborar neste cotidiano.

A falta do aprofundamento na atenção domiciliar também causa desconforto pela ausência de debates nos conselhos e órgãos da profissão, CFESS e CRESS, diferentemente de outras categorias profissionais. Hermann *et al.* (2020) detalha as profissões que possuem resolução específica dessa área.

A Enfermagem possui três normativos formalizados pelo seu Conselho Federal. São elas a regulação de nº 270, de 2002, aprovando a norma das empresas que prestam serviço de enfermagem domiciliar, a de nº 464, de 2014, que regulariza o trabalho desta categoria nesse âmbito e ainda a de nº 581, de 2018, que atualiza os procedimentos e aprova a especialização da categoria em assistência domiciliária e gestão em home care.

A Farmácia possui a Resolução de nº 386, de 2002, ratificada pelo seu Conselho Federal, que dispõe as atribuições da profissão no atendimento domiciliar em equipe multidisciplinares. A Fisioterapia, uma das profissões que se destaca nesse segmento, possui através do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional a Resolução de nº414, de 2012, que estabeleceu a obrigatoriedade de registro em prontuário pela categoria, da guarda e descarte, inclusive no âmbito domiciliar. Além desta, normatizou a de nº 474, de 2016, que formalizou o trabalho do fisioterapeuta na atenção domiciliar. Do mesmo modo, a categoria tem cartilhas para orientar os profissionais nesse panorama, realiza com frequência seminários para debates, possuem grupo de estudo específico desse contexto em âmbito federal para debater melhores condições para a sua categoria e, desde 2014, possuem a Associação Brasileira de Empresas de Fisioterapia Domiciliar cujo objetivo é reunir as empresas prestadoras de serviço, operadoras de saúde e profissionais para discutir ações da atenção domiciliar.

A Fonoaudiologia aborda as questões da atenção domiciliar através da Resolução de nº 337, de 2006, que regulamenta os procedimentos que o profissional pode realizar nas casas dos(as) pacientes. Já a Medicina possui legislação, desde 2003, que define as normas técnicas

e responsabilidades do médico em hospital e empresas domiciliares. A próxima profissão destacada, a Nutrição, também possui uma resolução específica para os atendimentos nos lares pelo seu Conselho Federal, a de nº 600, de 2018, que indica as atribuições e os parâmetros numéricos por área de atuação na rede pública e privada.

Na Odontologia há três Resoluções estabelecidas pelo seu Conselho Federal que detalham o cuidado no domicílio, a de nº 25, de 2002, que estabelece as competências dos odontólogos nos atendimentos domiciliares, a de nº 87, de 2009, que normatiza a perícia domiciliar e ainda a de nº 116, de 2012, que altera a redação dos artigos da Consolidação das Normas e Procedimentos nos conselhos de Odontologia, porém mantendo a possibilidade de atenção domiciliar.

A Psicologia, outra profissão que também possui normativa nesse panorama, tem a Resolução de nº 08 de 2010, indicando o trabalho em perícias contemplando visitas domiciliares e ainda a de nº 17, de 2012, que dispõe sobre o trabalho do psicólogo em variados contextos, incluindo o âmbito residencial.

Como podemos observar praticamente todas as especialidades profissionais consideradas da saúde possuem algum regulamento relacionado a atenção domiciliar, porém, diferentemente desta realidade, o Serviço Social não dispõe de legislações neste sentido, demonstrando um atraso da categoria. Hermann *et al.* (2022, p. 231), corrobora que “no curso de Serviço Social não há referência específica de formação desse profissional para o trabalho no cuidado domiciliar” tornando-se assim uma das poucas profissões da saúde que estão aquém do avanço dos últimos na saúde. Com isso, ressaltamos que as relações nas casas vivem em constantes mudanças, sem preparação e capacitação, há um distanciamento entre a teoria que prepara os(as) assistentes sociais e o trabalho encontrado.

Podemos confirmar que esta situação contribui para que a categoria não seja reconhecida como deveria promovendo a banalização do social, já que em alguns locais, profissionais de outras categorias lideram esta temática. Sobre isso o(a) entrevistado(a) **E5** contribui trazendo que “O Serviço Social, a vulnerabilidade e o risco social é banalizado na atenção domiciliar, qualquer um acha que pode fazer o nosso trabalho”. Deste modo, é importante salientarmos que qualquer profissão pode identificar as necessidades sociais que acontecem na atenção domiciliar, porém somente o Serviço Social tem habilidades para interferir e planejar meios para contornar as situações das expressões da questão social que são inerentes nesse contexto.

O desconhecimento pela maioria da sociedade em relação à atenção domiciliar também é um obstáculo ainda não vencido. Um(a) dos(as) entrevistados(as) relatou que a “[...] faculdade não estimula os alunos para essa frente de trabalho” (E5). E isso vem ao encontro da ausência de conhecimento dos outros profissionais da equipe, mesmo com gestores relatando que os(as) assistentes sociais são “essenciais” (E12) nesse panorama e destacarem que:

E11: O assistente social em nossa equipe possui extrema relevância e atuação. Ele traz a capacidade protetiva da família, o enfrentamento das várias manifestações da questão social e o empoderamento do sujeito, traz a garantia, segurança e continuidade para o cuidado do usuário. Ainda facilita os acessos sócios assistenciais necessários, busca articulação com a RAS na efetivação dos direitos sociais. Desempenha como facilitador e sócio educador junto a famílias, comunidades e a rede. É um profissional que busca garantir a comunicação entre família e equipe de saúde, atua de forma multidisciplinar e possibilita o alcance de objetivos/metastas do plano terapêutico, ora elencados por esta equipe de saúde.

Em contradição a isso, um(a) entrevistado(a) explanou que “eles (gestores e equipe em geral) não sabem o que fizemos, mas quando descobrem não nos largam mais, dizem que nem imaginavam que fazíamos tanta coisa”. (E5). Contudo, para os(as) profissionais em geral também não é uma área fácil de trabalhar, já que precisa realizar os atendimentos em diferentes locais e, desta forma, não há uma rotina estabelecida diariamente. Além do mais, cada demanda é única e singular, assim a interação com os envolvidos é diferenciada, já que as regras e combinações devem ser conversadas e manejadas com a família desde o início. Tudo deve ser mais flexível na assistência em vista de que o atendimento é compartilhado e depende de todos os envolvidos (paciente, família/cuidadora e equipe).

Ademais, apesar dos desafios, há vantagens e grandes possibilidades de crescimento nesse âmbito. O modelo permite um trabalho com as famílias de forma humanizada trazendo qualidade de vida, realização do tratamento/acompanhamento no domicílio na presença dos seus familiares e não no ambiente hospitalar. Isso amplia a autonomia dos sujeitos nos cuidados, diminui os riscos de infecções, gerencia melhor os leitos hospitalares, reduzindo o número de dias de internação e os custos para todo o sistema.

Os estudos comprovam que pacientes que são atendidos em casa tem uma melhora mais rápida do seu estado clínico, conforme cita Carvalho (2023, p. 1):

[...] atendimento domiciliar é uma modalidade de cuidado em saúde que vem tomando forma e crescendo cada vez mais, demandando situações clínicas e sociais. Nesse âmbito, fazendo parte da equipe multidisciplinar mínima, está incluído o Serviço Social que é uma profissão polivalente e que atua tendo um olhar voltado para os pacientes, familiares, cuidadores, para o ambiente, para as relações entrelaçadas que se sobressaem nesse processo e que sofrem interferência direta ou indireta das enfermidades.

O trabalho é pautado na atenção domiciliar, conforme destaca o(a) assistente social entrevistado(a), pela “[...] construção do plano terapêutico. Em situações específicas que demandam escuta ou que envolve sigilo profissional. Com isso, a visita do Serviço Social pode acontecer individualmente. Em outros momentos, participamos da visita junto ao restante da equipe”. (E4).

Apesar de todo trabalho relevante desenvolvido pela categoria, o(a) entrevistado(a) E2 traz o quanto ainda os colegas da equipe multiprofissional precisam entender o Serviço Social nesse contexto.

E2: [...] muitos acham que assistente social não faz nada, assistente social só conversa, que assistente social demora muito nas visitas e não veem a necessidade. Ao mesmo tempo eles veem a nossa importância quando é uma equipe mais consciente, mais assertiva, mais bem preparada. Nossa categoria é extremamente importante e de extrema necessidade.

Já o(a) entrevistado(a) E9 evidencia que: “Apesar das dificuldades, temos muitas possibilidades de atuação na domiciliar, cresce cada vez mais. Sem a nossa participação ela é incompleta, comprometendo a adesão ao plano terapêutico proposto que deve considerar a complexidade e singularidade do sujeito”.

Conforme Carvalho (2023, pg. 5):

O Serviço Social, pelo seu conhecimento intelectual, se torna responsável, pelo contexto social nesse modelo assistencial que abarca o usuário/paciente, a família, os cuidadores, a rede de apoio, o domicílio/meio ambiente, a parte cultural, o lazer, os hábitos, a educação, os aspectos financeiros/renda, as vulnerabilidades etc. Este tem entre suas atribuições identificar as situações, verificar as possibilidades e impossibilidades nos critérios de elegibilidade para o atendimento domiciliar, observar os limites impostos pela realidade se tornando peça fundamental e estratégica nessa frente onde as fragilidades ficam tão expostas.

A pessoa entrevistada E3:

Acredito que para a maioria dos assistentes sociais, tanto na rede, como nas outras políticas, pelo que escuto dos colegas, sempre temos as mesmas queixas pelo não reconhecimento, do pessoal sempre confundir as nossas atribuições e competências que é principalmente quando a gente é não funcionário efetivo, não concursado, temporário, prestador de serviço como eu. O gestor tem sempre aquele olhar que a gente tem que fazer o que eles acham. Mas eu sempre tento pontuar para eles, desde que entrei, o que o profissional do Serviço Social faz, quais são os instrumentos e dentro do SAD o que o profissional tem que fazer porque eles confundem. Acham que a gente dentro da saúde só concede benefícios e coisas que são mesmo da assistência. Não entendem que tem coisas que não competem ao assistente social da saúde e sim da assistência ou outra política.

Em contrapartida, a visão trazida por um(a) dos(as) gestores(as) entrevistado(a) é de que a profissão é muito importante no SAD: “Nem sabia muito bem o por que ter assistente social, mas agora entendo e acho que é uma profissão fundamental na minha equipe de trabalho” **E11**. O que foi reforçado pelo(a) participante **E12**, médico (a), que reforçou que os (as) assistentes sociais “são essenciais” nesse trabalho.

Outro(a) gestor(a) da rede privada também destacou em sua fala a forma como o trabalho de assistentes sociais é desenvolvido:

E13: O assistente social acrescenta um olhar de contexto e de plausibilidade sobre o PAD, além de resgatar as necessidades sociofamiliares e as oportunidades de compartilhamento das tarefas que a situação do paciente vai impondo. É indispensável a atuação... a prescrição médica e os cuidados de enfermagem não se materializam por mágica, mas a efetiva realização da assistência à saúde implica numa organização de recursos e contextos.

Da mesma maneira, ao questionar o trabalho de assistentes sociais aos profissionais de outras categorias, a profissão também teve destaque positivo, conforme trazido por **E6**: “É um colega que auxilia muito na análise do contexto social dos pacientes, com rede apoio, na habitação, saúde, toda infraestrutura, auxilia no que for preciso”. E por **E7**: “A assistente social tem um papel fundamental no atendimento domiciliar.”

O(a) assistente social é o profissional da equipe mais presente junto aos familiares, cuidadoras e rede de apoio. Desta maneira, o trabalho demanda um conjunto de conhecimentos, habilidades e estratégias para que possa realmente fazer a diferença na realidade. Carvalho (2023, p. 1) cita que:

O(a) assistente social trabalha com justiça, cidadania, no alcance da dignidade, nas desigualdades do cotidiano, na busca pela qualidade de vida, nos fortalecimentos de vínculos, no repasse de informações relevantes, com

sensibilizações e (re) organizações de papéis. Buscando clarificar as biografias e histórias pregressas, esta cria estratégias para que seja possível minimizar os impactos sociais que permeiam as assistências em geral.

Mesmo com tamanhos desafios (que são impostos a qualquer profissão), conforme colocado anteriormente, o(a) entrevistado(a) **E1** destaca o quanto é gratificante o seu trabalho nessa área: “Eu gosto muito de trabalhar no SAD, trabalho muito, me sinto útil e fazendo parte de todo o processo da atenção domiciliar com os usuários. Através do meu trabalho consigo intervir de forma positiva”.

Trabalhando nessa esfera onde as exclusões, vulnerabilidades e fragilidades são infinitas no sistema, que ficam totalmente expostas, o(a) profissional tem a possibilidade de gerenciar e planejar estratégias de ações para que os envolvidos possam alcançar o mínimo no cuidado e garantir o tratamento do(a) paciente, o qual deve ser o centro de todo o atendimento sendo-lhe proporcionado um aparato fundamental no seu bem-estar. Este é um ambiente propício para os sujeitos pelo conforto que proporciona, por menor risco infeccioso e de reinternações, que cresce cada vez mais e recebe investimentos em tecnologia, bem como, abre postos de trabalho.

Como abordado, trabalho e demandas não faltam ao assistente social no cenário domiciliar que faz a diferença nessa realidade. O seu trabalho é indispensável na percepção de cunho social, para que se possa atingir o(a) paciente de modo integral que ele(a) tenha realmente todas as suas necessidades tocadas. Inclusive, nesse caminho, o trabalho da categoria pode contemplar, além do assistencial, a coordenação de equipes interdisciplinares, gestão dos atendimentos e cuidados paliativos.

A seguir iremos abordar o Escore de Risco Social na atenção domiciliar como uma estratégia de visibilidade da categoria.

4.4 ESCORE SOCIAL: UM INSTRUMENTO DE LEGITIMAÇÃO PARA O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL

Para identificação dos critérios de elegibilidade dos(as) pacientes em assistência e internação domiciliar são utilizadas ferramentas, chamadas de escores, que norteiam o(a) profissional na classificação destes(as) a fim de que tenhamos o melhor entendimento do seu quadro.

O Caderno da Atenção Domiciliar, volume 2, do SUS, 2013, (p.39) destacou alguns questionários utilizados no contexto da atenção domiciliar no Brasil:

Figura 2 – Questionários utilizados na atenção domiciliar

Escala	Critério(s)/parâmetro(s) avaliado(s)
Cruz Vermelha Espanhola	Capacidade funcional
Escala de avaliação de internação domiciliar do NEAD*	Grupo 1: internações no último ano; tempo de internação; deambulação; plegias; eliminações; est. Nutricional; higiene; Grupo 2: alimentação; curativos; nível de consciência; Grupo 3: secreção pulmonar; drenos/cateter/estomias; medicações;quadro clínico; padrão respiratório; dependência de O2.
Avaliação da complexidade do SAD-HAAF (Hospital das Forças Armadas)	AIVD; AVD; Incapacidade psíquica; vias aéreas superiores; incontinência urinária; uso de medicação; suporte respiratório; presença de úlcera; reabilitação fisioterápica; terapia nutricional.
Complexidade assistencial da ABEMID**	Suporte Terapêutico; Quimioterapia; Suporte Ventilatório; Lesão vascular cutânea; Grau de AVD relacionada a cuidados técnicos; Dependência de reabilitação fisio/fono e outras; Terapia nutricional.
Avaliação sócio-ambiental da ABEMID	Avaliação social: estrutura familiar; consentimento e participação familiar; identificação e treinamento do cuidador. Avaliação ambiental: Espaço físico; acesso físico; segurança e meio ambiente.
Manutenção em Internação Domiciliar do NEAD	Quadro clínico; aspirações traqueais; sondas/drenos/estomias; Procedimentos técnicos invasivos; padrão respiratório; dependência de O2; Curativos.
Grau de dependência do PAID de Cascavel	Cuidados de enfermagem; Cuidados de reabilitação fisioterápica; Terapia Nutricional; Quimioterapia domiciliar; Suporte ventilatório; Outros apoios terapêuticos; Lesão vascular cutânea.
Avaliação da Complexidade do PID DF	Atividades domiciliares: monitorização e controle clínico multiprofissional; procedimentos de enfermagem; investigações laboratoriais; mobilização e posicionamento; reabilitação; suporte e cuidados aos familiares, cuidadores e paciente. Atividades administrativas e gerenciais comuns e específicas.
Avaliação da complexidade do cuidado dos SAD de BH e Betim/MG	Idade; avaliação social e funcional (dependente de AVD); avaliação clínica (sintomas cardio-respiratórios; sintomas neurológicos; polipatologia; polifarmácia; cuidado paliativo oncológico; sondas/drenos; hospitalizações); exames complementares (leucograma; exames laboratoriais; função renal; RX)

Fonte: Caderno de Atenção Domiciliar, 2013

Dentre estas, destacamos a “Escala de Avaliação de Internação Domiciliar do NEAD”, que é atualmente a mais utilizada na gestão da saúde pela rede privada do país. A tabela NEAD (anexo A) tem uma pontuação que determina a compatibilidade de classificação do(a) paciente para internação domiciliar conforme mostra abaixo:

Quadro 6 – Escala de Avaliação de Internação Domiciliar do NEAD

Até 5 pontos	Considerar atendimento pontuais
De 6 a 11 pontos	Elegível para atendimentos de equipe multiprofissional de assistência domiciliar
De 12 a 17 pontos	Elegível para internação de média complexidade (12 horas de enfermagem);

De 18 para cima	Elegível para internação de alta complexidade (24 horas de enfermagem).
-----------------	---

Fonte: Tabela NEAD (2016)

A outra a tabela criada pela ABEMID (anexo B) que apesar da sua relevância e de ainda o seu uso no âmbito público, não é mais recomendada, pois o órgão responsável foi extinto e, com tal aspecto, a referida tabela não passa por reavaliações constantes. Entretanto, esta afere o suporte terapêutico, quimioterapia, suporte ventilatório, lesão vascular cutânea, grau de atividades de vida diárias (AVDs) relacionada a cuidados técnicos, dependência de reabilitação fisioterapia/fonoaudiologia e outras, como terapia nutricional. Além destas duas, o SUS adota a tabela chamada de ficha de avaliação de elegibilidade e admissão (anexo C) que é um instrumento de coleta de dados realizados pelas equipes da EMAD a fim de inserir novos(as) pacientes no SAD.

Como podemos observar, a maioria dos dados das três ferramentas destacadas acima são de ordem clínica, apresentam poucos elementos sociais e, sendo assim, devem ser preenchidos por profissionais que tenham essa propriedade, apesar da reponsabilidade ser de toda a equipe interdisciplinar.

Ainda cabe destacarmos outro questionário, proveniente de uma parceria entre uma instituição de pesquisa privada e o Ministério da Saúde que resultou no desenvolvimento de um recurso inovador que mede a vulnerabilidade econômica e social das famílias que utilizam a saúde pública. Esta é chamada de Escala de Vulnerabilidade Social (anexo D) e que foi produzida por pesquisadores do renomado Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

A Escala de Vulnerabilidade Social consiste em um questionário de 14 (catorze) perguntas, que pode ser aplicado pelo(a) profissional de saúde ou respondido diretamente pelo(a) paciente. Com este questionário é possível identificar o grau de vulnerabilidade das pessoas através de perguntas abrangem dimensões relacionadas à renda, cuidados com a saúde, situação da família e exposição à violência. Com base nas respostas, as famílias podem ser classificadas em graus de vulnerabilidade baixa, moderada ou alta.

Além destas, uma das tabelas existentes e que foi citada por dois(duas) entrevistados(as) na pesquisa é a Escala de Zarit (anexo E) que tem o objetivo de identificar o estresse da cuidadora frente a realidade de sobrecarga.

Esta foi desenvolvida por Steven Zarit, na década de 1980, e é composta por 22 itens que abordam diferentes aspectos medindo a sobrecarga emocional, física e social que a cuidadora pode se deparar nessa função. Tem o objetivo de identificar o impacto sobre a

saúde mental e emocional de quem cuida de outro, permitindo a intervenção precoce e o suporte necessário para garantir o bem-estar de ambos. Além do mais, essa Escala pode ajudar a equipe de saúde a planejar meios de manejo e suporte adequados para os todos os envolvidos no processo de cuidado. Pode ser preenchida por qualquer profissional da equipe interdisciplinar de saúde ou ainda pela própria cuidadora.

Porém, entendendo a falta de um parâmetro que apontasse as elegibilidades e fatores de cunho totalmente social na atenção domiciliar, foi proposto a criação de um questionário, o Escore de Risco Social na atenção domiciliar (anexo F), que medisse a fragilidade dos(as) pacientes nessa área e que demonstrasse o comprometimento, as implicações sociais e ainda revelasse as atribuições da categoria.

Este projeto teve o seu início no mês de março de 2022, com a formação de um grupo de estudos com assistentes sociais de 4 Estados brasileiros (Daniela de Carvalho Teixeira Magalhães/ RS, Patrícia Serra Martins Dias/PR, Daiane Nogueira/ RJ e Luiza Helena Santana Progênio/PA), tanto da rede pública, quanto privada, a fim de contemplar e identificar todos os elementos do espaço sócio-ocupacional. Após meses de construção, adaptações e aplicações, foi apresentada a primeira versão para uma banca avaliadora do NEAD onde foram levantadas ideias, tópicos importantes e passadas instruções para a construção de melhorias da escala.

Após mais um período de estudo, de aproximadamente seis meses, e análise do preenchimento da tabela com cerca de 300 pacientes, foi apresentado um relatório preliminar novamente à instituição. Desde então, esta ferramenta tem sido colocada para aplicabilidade em diversas empresas e instituições da atenção domiciliar.

Ressaltamos que este não é um documento reconhecido pelo conjunto CFESS-CRESS, apesar de ter sido repassado ao grupo de estudos da saúde do CRESS-RS. A autoria foi registrada pela equipe organizadora junto a uma empresa especializada desta finalidade e divulgada no Caderno de Boas Práticas¹ do NEAD, em 2023.

Esta tabela tem o objetivo de identificar as demandas sociais, nortear a categoria em relação ao seu papel, instrumentalizar e expressar a relevância da dimensão social nesse espaço de trabalho, além de valorizar a importância dos técnicos sociais na área da saúde. Ela traz reconhecimento para a categoria como exímios articuladores dos impactos inerentes ao

¹ Caderno de Boas Práticas, fascículo VIII. O Papel da equipe multidisciplinar na atenção domiciliar. Carvalho, Daniela. 2023.

contexto da atenção domiciliar, além de subsidiar o restante da equipe interdisciplinar com pontos relevantes.

A escala criada indica o nível de risco social em que o(a) paciente e sua família está vivenciando naquele momento para que, partindo de uma análise completa e não engessada, possa fazer a indicação da periodicidade de atendimentos necessários de modo singular e personalizado, sempre respeitando a autonomia profissional do aplicador. Desta forma, estabelecem os seguintes critérios de indicação que são divididos em 3 grupos:

Quadro 7 – Escore de risco social na atenção domiciliar

Grupo 1	Risco 3 de alta complexidade social: situações de maior complexidade com pontuação maior, considerando que nesses casos o atendimento deve ocorrer em maior frequência, com objetivo de resolução e espaçamento. Nestes constam variadas expressões da questão social e dados em que o usuário/paciente corre riscos sociais na atenção domiciliar e que se não forem trabalhados de forma imediata podem comprometer a assistência ou a sua vida.
Grupo 2	Risco 2 de média complexidade social: situações de relevância, que denotam o acompanhamento para serem contornadas no decorrer da assistência domiciliar, pois não irão comprometer os atendimentos. As intervenções poderão ocorrer de forma mensal ou quando necessária.
Grupo 3	Risco 1 de baixa complexidade social: situação que possuem baixo impacto no atendimento domiciliar, mas devem ser observadas, acompanhadas e alinhadas conforme a necessidade da assistência.

Fonte: Escore de Risco Social na Atenção Domiciliar (2022)

É importante ressaltarmos que o grupo 1 é preponderante a todos os demais, sobressaindo-se. Desta maneira, havendo a marcação de algum elemento da pontuação 3, automaticamente este caso deve ser considerado de alto risco social. Além disso, este escore, por tratar de relações sociais que se modificam a cada instante na realidade, deve ter o seu preenchimento revisitado pelo(a) assistente social periodicamente (no mínimo a cada 6 meses) ou sempre que ocorrer alteração da conjuntura.

Salientamos que a ferramenta ainda está em processo de validação e será revisto em meados de 2024 com a apresentação de mais dados para que sua efetividade possa ser analisada. Destacamos que, até o momento, ela vem demonstrando relevância para a categoria que deve se posicionar e tomar a frente nas questões elencadas para intervenção.

Neste viés, o trabalho do(a) assistente social, atrelado às dimensões da profissão, bem como ao Escore de Risco Social na atenção domiciliar, tem o propósito de diferenciar e valorizar o trabalho de assistentes sociais no campo de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o cenário exposto nesse estudo, o trabalho se originou na análise da saúde de modo geral, seguindo pelo olhar do modelo assistencial que acontece nos espaços domésticos, para que, pudéssemos elencar os parâmetros do trabalho de assistentes sociais na atenção domiciliar. Para isso, o reconhecimento dos condicionantes e determinantes da saúde por meio das relações sócio-históricas, econômicas, políticas, sociais, de dignidade e bem-estar, das carências basais do ser humano, seus valores, direitos, deveres e construídos e aprimorados foi primordial.

Durante a pesquisa realizada com 13 participantes, oito assistentes sociais, dois gestores(as) dos serviços de atenção domiciliar e, ainda, cinco profissionais da equipe interdisciplinar de categorias diversas dos serviços de atenção domiciliar, identificamos a dificuldade em conseguirmos desenvolver a técnica bola de neve. Consideramos que esta dificuldade tem relação com a falta de indicação dos especialistas mencionados, principalmente, nas regiões norte, nordeste e centro-oeste do Brasil. Além disso, em muitos momentos as entrevistas foram agendadas e, posteriormente, desmarcadas em função de compromissos ocupacionais, denotando o excesso de trabalho de todos.

A pesquisa teve o propósito de contribuir com o aperfeiçoamento intelectual, técnico e político de assistentes sociais, como forma de qualificar o exercício profissional e, assim, impulsionar a categoria nesse segmento, como destaca Guerra (2014), de modo criativo, com capacidade crítica, questionadora e propositiva. Afinal, diferentemente de outros serviços da saúde, a atenção domiciliar requer habilidades singulares que devem ser desenvolvidas para que possamos compreender, se conectar e entrelaçar os envolvidos.

Apesar de ainda não termos alcançado o merecido destaque nesse campo estudado e sermos, porque não dizer assim, subutilizados com um número baixo de inserções no mercado, tanto na rede pública quanto privada, é notório a relevância deste profissional atuando junto a pacientes, famílias e cuidadoras, aliviando os sintomas sociais, subsidiando a equipe interdisciplinar e alertando sobre fatores dos quais somente os assistentes sociais tem expertise.

Por se tratar de um campo tão particular da saúde, a identificação das vulnerabilidades, das condições de trabalho, da evidência das atribuições da categoria, da revelação dos

desafios enfrentados é necessária. Partindo disso, realizamos a análise com vistas a elencar os determinantes que caracterizam essas competências e atribuições, promovendo com ele a disseminação dos resultados em prol da coletividade.

Salientamos que esta pesquisa reafirma a articulação das dimensões do Serviço Social para darmos embasamento ao trabalho desenvolvido nesse âmbito. As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa são responsáveis pela operacionalização do trabalho, evidenciando características específicas aos técnicos sociais, contribuindo para a superação do senso comum, aprofundado na realidade com o contexto envolvido e identificando as formas de reduzir as expressões da questão social. Assim, podemos ratificar que, além das teorias e do componente ético, o estudo social e os instrumentos diretos e indiretos, que compõem a dimensão técnico-operativa, são ferramentas imprescindíveis no dia a dia do(a) assistente social.

Diante dessa realidade, os debates coletivos em torno das atribuições privativas e competências profissionais na atenção domiciliar parecem um bom arsenal para mudar a realidade no trabalho de assistentes sociais. Com isso, procuramos por meio do Escore de Risco Social na atenção domiciliar mostrar a sua relevância como uma alternativa no impulsionamento da categoria nesse âmbito, já que este recurso pode servir como uma métrica e, de forma diferenciada em relação a outras categorias profissionais, elucidar a verdadeira capacidade de mudança que a profissão pode promover nos contextos e demandas vulneráveis vivenciadas.

Desta maneira, este questionário tem o propósito de mostrar o trabalho de assistentes sociais, suas competências, habilidades, atribuições e demandas planejadas, que o colocam em destaque, como protagonistas, no desempenho das estratégias de cunho social junto aos pacientes, familiares, cuidadoras, não permitindo que o restante da equipe invisibilize essa complexidade. Com o exposto, temos a certeza da relevância e contribuição desta pesquisa para a instrumentalização de assistentes sociais na atenção domiciliar e que esse estudo trará mais visibilidade, solidificação e valorização para a categoria profissional que já trabalham nessa área, assim como, para aqueles que possuem interesse nesse espaço sócio-ocupacional.

Nesse cenário, o estudo evidenciou as principais adversidades que corroboraram com a falta de profissionalização da área, tendo como consequências a pouca fidelização dos profissionais nas casas, redução das condições de trabalho e ausência de capacitações, desde a graduação, implicando, até mesmo na carência de campos de estágio para estímulo e aprendizagem na área. Sobre isso, temos a certeza de que a invisibilidade do Serviço Social na

atenção domiciliar tem a sua raiz na formação, pois os estudantes não têm a oportunidade de conhecer esse horizonte, se preparar para tal e aliar a teoria com a prática nesse contexto. A formação fica, basicamente, focada na área hospitalar causando um déficit de habilidades aos profissionais e, com isso, colocando em risco a valorização da categoria como equipe mínima nesse modelo.

Os debates do setor que despontam ainda são irrisórios e acarretam mais desconhecimentos frente ao cuidado domiciliar, assim como, a carência de produções de artigos, livros e seminários. Esse panorama, aliado aos estímulos dos órgãos representantes da categoria - CFESS/CRESS/ABEPSS, certamente, estimularia a reflexão de novos espaços de trabalho da profissão, bem como, melhor preparo e domínio das habilidades pelos(as) assistentes sociais. As poucas possibilidades de ampliação dos conhecimentos na educação devem ser repensadas no âmbito da categoria. Essa promoção encurtaria o caminho dos profissionais que poderiam, desde o começo, desenvolverem um trabalho de qualidade, reduzindo a insegurança e estimulando que mais colegas se inserissem nesse campo.

Muitos são os argumentos que embasam a necessidade de inclusão da categoria na atenção domiciliar, temos recursos suficientes para enfrentarmos as barreiras frequentes dessa área auxiliando os sujeitos na superação de situações corriqueiras que acontecem nesse âmbito visando o alcance o conforto, tranquilidade e eficácia proposta pela modalidade. A atenção domiciliar precisa ter profissionais à disposição que entendam as diferenças, as particularidades desse segmento, as especificidades de cada paciente/família e de demais situações inesperadas que ocorrem nas residências onde não há um aparato robusto de recursos ou profissionais, como nos hospitais, por exemplo. É necessário profissionais com olhar ético, com sensibilidade para entender os diversos cenários e que preconizem a ótica da integralidade.

Não desejamos esgotar a temática dos parâmetros do trabalho de assistentes sociais na atenção domiciliar, mas promover debates e auxiliar no trabalho da categoria. Lembramos que nos próximos meses esta dissertação será transformada em uma cartilha cujo objetivo é a instrumentalização da categoria.

As ações dos(as) assistentes sociais nesse campo são fundamentais pelo conhecimento do âmbito social que não podem se descolar do restante clínico, psicológico e espiritual, que perpassam pelo início, meio e fim de toda assistência. Assim, ele (a) é fundamental desde a avaliação inicial de identificação das demandas, no acolhimento dos envolvidos, no monitoramento de todo o atendimento, nas orientações de diversos segmentos, até a

finalização, na organização em caso de desfecho final com óbito ou altas, além de acompanhamento posterior para o auxílio na reestruturação de todos.

Sendo assim, concluímos essa pesquisa afirmando que a atenção domiciliar é um espaço sócio-ocupacional, na saúde, de indiscutível relevância para o desenvolvimento do trabalho de assistentes sociais. É uma forma de cuidado profissional repleto de desafios, unicidades, emaranhados relacionais, essencial para a sociedade brasileira. É um caminho sem volta de atendimento para o sistema, que traz mais conforto, qualidade assistencial, segurança e economia frente aos serviços hospitalares. Com certeza, este espaço é capaz de promover possibilidades e alternativas apaixonantes à categoria, além de extrema realização profissional frente ao trabalho desenvolvido.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Nelsio Rodrigues de; BALDANZA, Renata Francisco; GONDIM, Sonia M. Guedes. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**. Journal of Information Systems and Technology Management Vol. 6, Nº. 1, 2009, p. 05-24.
- ALCANTARA, L. S; VIEIRA, J. M. W. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos e contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 334-348, 2013.
- ANDRADE, Letícia. **Serviço Social na área da saúde**. Construindo registros de visibilidade. Volume I. Editora Alumiara. São Paulo, SP. 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
- BELLINI, Maria Isabel Barros.; *et al.* Políticas públicas e intersectorialidade em debate. **I Seminário Internacional Sobre Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família**. Porto Alegre, RS. EDIPUCRS. 2013.
- BENJAMIN, Alfred. **A Entrevista de Ajuda**. Editora Martins Fontes. 2004.
- BONATTO, Vera. **Sistema, Políticas e Mercado da Saúde**. Módulo A. Centro Universitário São Camilo. 2022.
- BRASIL. Anvisa. **Parecer técnico nº 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021**. Cobertura: atenção domiciliar. 2021. Disponível em: <parecer_tecnico_no_05_2021_atencao_domiciliar_-_home_care.pdf (www.gov.br)>. Acesso em: 14 fev. 2024.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução de nº 218, de 1997**. Disponível em: <Ministério da Saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 15 ago 2023.
- BRASIL. **Documento Orientador de Políticas de Apoio ao Cuidador Familiar no Brasil**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/DOC_orientador_Euro_Cuidados1.pdf>. Acesso em: 23 out. 23.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <L8080 (planalto.gov.br)>. Acesso em: 22 jun. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <L8142 (planalto.gov.br)>. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <L8078compilado (planalto.gov.br)>. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.424 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 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. Disponível em: <L10424 (planalto.gov.br)>. Acesso em: 15 ago 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atualização do Programa Melhor em Casa Atenção Domiciliar.** Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/setembro/apresentacao-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-domiciliar/@@download/file>>. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Domiciliar.** Volume 1. 2012. Brasília. DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Domiciliar.** Volume 2. 2013. Brasília. DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.** 2011. Disponível em: <Carta dos direitos dos usuários da saúde (saude.gov.br)>. Acesso em: 14 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão para Uso exclusivo de SAD.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/publicacoes/avaliacao_de_elegibilidade_e_admissao.pdf/view>. Acesso em: 2 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto Integral. São Paulo: Ática, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 11.2006.** Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <Guia Prático do Cuidador (saude.gov.br)>. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. **Lei de nº 13.460, de 2017**. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. 2017. Disponível em: <L13460 (planalto.gov.br)> Acesso em: 11 jan. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.709 de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD. Disponível em: <L13709 (planalto.gov.br)>. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004**. Brasília. DF. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 2 dez. 2023.

BRASIL. **Portaria do Gabinete do Ministro (MG) do Ministério da Saúde (MS) de nº 2.029**. 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0888_24_05_2021_rep.html>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. **Portaria GM/MS de nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024**. Disponível em: <PORTARIA-GM_MS-No-3.005-DE-2-DE-JANEIRO-DE-2024-PORTARIA-GM_MS-No-3.005-DE-2-DE-JANEIRO-DE-2024-DOU-Imprensa-Nacional.pdf (coffito.gov.br)>. Acesso em: 10 nov 2023.

BRAVO, Maria Inês. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 1-24

BRAVO, Maria Inês. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 79-209.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, Alysson Massote (org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CARVALHO, Daniela. **Caderno de Boas Práticas do NEAD**. A contribuição do Serviço Social na atenção domiciliar. O papel da equipe multidisciplinares na atenção domiciliar. 2023. Disponível em: <Caderno de Boas Práticas – Nead Saúde (neadsaude.org.br)>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Determinantes Sociais, Econômicos e Ambientais da Saúde**. 2013. Fiocruz. Disponível em: <noronha-9788581100166-03.pdf (scielo.org)>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CASTRO, *et.al.* **O cuidado da atenção domiciliar em saúde**. Atenção domiciliar em saúde perspectivas teóricas e práticas. 2022. p. 29-69. Editora Moriá. Porto Alegre, RS.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Regulação de nº 270, de 2002.** Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2002/04/Resolucao-Cofen-no-270-2002.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014.** Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014/>>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Anexo da Resolução COFEN nº 0581/2018 – Alterado pelas decisões COFEN nºs 65/2021 e 120/2021** Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/07/Resolucao-Cofen-no-581-2018-ANEXO-Alterado-Pelas-Decisoes-65-2021-e-120-2021.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução de nº 386, de 2002.** Disponível em: <<https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/386.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução de nº414, de 2012.** Disponível em: <<https://crefito14.org.br/noticias/noticias-resolucao-n-414-2012-dispoe-sobre-a-obrigatoriedade-do-registro-em-prontuario-pelo-fisioterapeuta-2022-07-20>>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Acórdão nº 474, de 20 de maio de 2016.** Dispõe sobre o papel Fisioterapeuta em relação ao procedimento de aspiração traqueal. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=5075>>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução CFFa nº 337 de 20 de outubro de 2006.** Dispõe sobre regulamentações dos procedimentos fonoaudiológicos clínicos no âmbito domiciliar e dá outras providências. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-337-2006_103487.html>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.668 de 07 de maio de 2003.** Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1668-2003_98618.html>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. **Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018.** Disponível em: <<http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=60>>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-25, de 16 de maio de 2002.** Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatrics; Odontologia do trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências. Disponível em:

<<https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%c3%87%c3%83O/SEC/2002/25>>.
Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO nº 87, de 26 de maio de 2009.** Normatiza a perícia e junta odontológica e dá outras providências. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-87-2009_110859.html>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-116, de 03 de abril de 2012.** Altera a redação de artigos da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Disponível em: <<https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2012/116>>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 8, de 30 de junho de 2010.** Dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito e assistente técnico no Poder Judiciário. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/09/4-2010-resolucao-8.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 17 de 2012.** Dispõe sobre a atuação do psicólogo como Perito nos diversos contextos. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-017-122.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução de n.º 383. 1999.** Brasília: DF. Disponível em: <Microsoft Word - RESOLUCAO 383-99.doc (cfess.org.br)>. Acesso em: 25 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução de n.º 418 de 2001.** Disponível em: <Resolução de n.º 418/2001>. Acesso em: 25 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/1993 de Regulamentação da Profissão.** 2009. 9. ed. rev. e atual. Brasília.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, n. 2. Brasília: 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Atribuições privativas do/a Assistente Social em questão.** 1ª edição ampliada. Brasília: DF. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Produção de Documentos e Emissão de Opinião Técnica em Serviço Social.** Brasília. 2023.

CORREIA, Maria Valeria Costa. **Desafios para o controle social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DIAS, et. al. **Escore de Risco Social na Atenção Domiciliar.** Porto Alegre, 2022.

DICIO. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/>>. Acesso em: 12 set 2023.

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of Welfare Capitalism**. Cambridge: Polity Press, 1990.

FAVERO, Eunice. **O Estudo Social em perícias, laudos e pareceres técnicos**. Editora Cortez. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pense SUS**, 2024. Público x privado. Disponível em: <Público X Privado - O que é? Leia mais no PenseSUS | Fiocruz>. Acesso em: 07 fev. 2024.

GONTIJO, Erikson. **A estratégia que permite realizar internação domiciliar**. Estado de Minas. 2021. Disponível em: <A estratégia que permite realizar internação domiciliar - Erickson Gontijo - Estado de Minas>. Acesso em: 18 jan. 2024.

GONZÁLEZ, Cristiane de Oliveira. **Atenção Domiciliar em Pediatria e a Mãe Cuidadora: o programa de atenção domiciliar do hospital das clínicas da UFMG**. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da UFMG. 2004. Disponível em: <atenção domiciliar em pediatria e a mãe cuidadora (ufmg.br)>. Acesso em: 21 dez. 2023.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. Editora Cortez. 2ª Edição. 2014.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio; REPETTI, Gustavo Javier. FILHO, Antonio Andrade; SILVA, Platini Boniek Sardou; ALCANTARA, Elton Luiz da Costa. XV ENPESS. **Fundamentos do trabalho do/a assistente social no contexto de reconfiguração das políticas sociais no Brasil**. 2016. Disponível em: <guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf (abeps.org.br)>. Acesso em: 07 fev. 2024.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão teórico-metodológica no trabalho de assistentes sociais**. A dimensão técnica-operativa de assistentes sociais. Belo Horizonte, MG. 2023.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito. **Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde**. São Paulo. 2006. Disponível em: <<https://www.anpepp.org.br/old/arquivos/etica/GUERRIERO-tese.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 22.

GUIMARÃES, Nadya Araújo; HIRATA, Helena; SUGITA, Kurumi. **Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão**. Sociologia e antropologia. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2238-38752011v117>>. Acesso em: 15 out. 2022.

HERMAN, *et al.* **O cuidado da atenção domiciliar em saúde**. Atenção domiciliar em saúde perspectivas teóricas e práticas. 2022. p. 221- 250. Editora Moriá. Porto Alegre/RS

HIRATA, Helena. **Comparando relações de cuidado: Brasil, França, Japão**. 2020. Disponível em: <025-040.indd (scielo.br)>. Acesso em: 14 fev. 24.

IAMAMOTO, Marilda Villela **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. In: CFESS, 2012. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 21 mar 2023.

LACERDA, Samia. **Educação à distância**. Disponível em: <11292017084709-ead18.texto01.pdf (sigas.pe.gov.br)>. Acesso em: 12 jan. 24.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Notas Sobre Mediações**: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 43, 1993.

MARTINELLI, Maria Lucia. **Serviço Social na área da saúde. Construindo registros de visibilidade**. Prefácio. In: ANDRADE, Leticia. Volume I. Editora Alumiari. 2019. p. 8.

MIOTO, R. C. T. **Família e Serviço Social**: contribuição para o debate. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n.55, p.115-130, 1997.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete et.al (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

MIOTO, R. C. T. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: CFESS/ABEPSS (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: 2009. P. 497-512.

MINAYO. Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Otávio. **Pesquisa Social**. Editora Cortez. 22ª Edição. 2003.

NETTO, Jose Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. Editora Cortez - 2005

NÚCLEO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR. **Censo NEAD-FIPE de Atenção Domiciliar: 2019-2020**. São Paulo. 2020.

NÚCLEO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR. **Censo NEAD-FIPE de Atenção Domiciliar: 2021- 2022**. São Paulo. 2022.

NÚCLEO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR. **Treinamento online – Tabela NEAD**. São Paulo. 2022. Disponível em: <<https://www.neadsaude.org.br/biblioteca-de-videos/>>. Acesso em: 09 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CDSS (2010). **Redução das desigualdades no período de uma geração**. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. 2010.

PINHEIRO, Roseni. **Cuidado em Saúde**. 2022. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 04 dez. 22.

RIBEIRO, Christina. **Atenção Domiciliar: princípios, práticas e perspectivas**. Editoria: Eureka. São Paulo/SP. 1ª Edição. 2019.

- ROCHA, *et al.* **Promoção da saúde em comunidades rurais.** Saúde: conceitos, história e sua organização no Brasil. 2023. Disponível em: <Site CESSA (ufg.br)>. Acesso em: 22 out. 2023.
- RODRIGUES, Aparecida Partezani. Prefácio. **Atenção domiciliar em saúde perspectivas teóricas e práticas.** 2022. pg. 23-25. Editora Moriá. Porto Alegre/RS
- SANTANA, Ana Lucia. **A criação dos hospitais.** Disponível em: <A criação dos Hospitais - História da Medicina - InfoEscola>. Acesso em: 11 nov. 2023.
- SARITA, Amaro. **Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa.** Editora Nova Práxis. Porto Alegre, RS. 2003.
- SOUSA, Charles Toniolo. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** 2008. Disponível em: <A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional (The social worker practice: knowledge, instrumentality and professional intervention) – DOAJ>. Acesso em: 22 out. 2023.
- SOUZA, *et al.* **Family Vulnerability Scale: evidence of content and internal structure validity.** PLOS ONE. 2023;18(10):e280857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280857>. eCollection 2023
» <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280857>. eCollection 2023 Acesso em: 10 mar. 2023.
- UNASUS. A UNA-SUS. **Atenção domiciliar: situações clínicas comuns em idosos.** Disponível em <https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/apoio/zarit.pdf>. > Acesso em 23 out. 2023.
- UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Unicef, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em 11 out. 2023.
- VALENTE, Mara Thereza. **Serviço Social na área da saúde. In: Andrade, Leticia. Construindo registros de visibilidade.** Volume I. Editora Alumiar. 2019. P.47 – 53.
- VARELLA, Dráuzio; CESCHIN, Maurício. **A saúde dos planos de saúde.** Editora Paralela. 2014.
- VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 3ª.ed. São Paulo, Cortez, 2006.
- VINUTO, Juliana. **A Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: Um Debate em Aberto.** 2014. Disponível em: <Texto+do+artigo-18568-1-10-20191002.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.
- XAVIER, A. et al. **Teleologia e autonomia:** estratégias do exercício profissional do assistente social em Santa Catarina. In: FAGUNDES, H. S.; SAMPAIO, S. S. (Org.). Serviço Social: questão social e direitos humanos. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2014. p. 77- 93.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. In: CFESS. Serviço Social: Direitos e Sociais e Competências profissionais. Brasília: DF. 2009. Disponível em: <Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade (abepss.org.br)>. Acesso em: 18 fev. 2024.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM ASSISTENTES SOCIAIS

Dados de identificação:

Feminino/masculino

Cidade/Estado

Rede de atendimento público ou privado

Forma de contratação

Tempo de atuação no SAD

Tópicos a serem abordados:

Atribuições do(a) assistente social no serviço de atenção domiciliar

Instrumentos utilizados diariamente

Projeto ético-político

Trabalho X dimensão teórica-metodológica

Demandas dos(as) assistentes sociais

Desafios do espaço sócio-ocupacional

Trabalho da categoria X equipe interdisciplinar

Possibilidades do trabalho do(a) assistente social

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM GESTORES(AS)

Dados de identificação:

Feminino/masculino

Cidade/Estado

Rede de atendimento público ou privado

Forma de contratação

Tempo de atuação no SAD

Tópicos a serem abordados:

Compreensão do trabalho do(a) assistente social

Demandas encaminhadas ao Serviço Social

Importância do(a) assistente social para a atenção domiciliar

Desempenho da categoria na atenção domiciliar

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE
INTERDISCIPLINAR**

Dados de identificação:

Feminino/masculino

Cidade/Estado

Rede de atendimento público ou privado

Forma de contratação

Tempo de atuação no SAD

Tópicos a serem abordados:

Compreensão do trabalho do(a) assistente social

Demandas encaminhadas ao Serviço Social

Importância do(a) assistente social para a atenção domiciliar

Desempenho da categoria na atenção domiciliar

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, professora Patrícia Krieger Grossi e a mestranda Daniela de Carvalho Teixeira Magalhães responsáveis pela pesquisa OS PARÂMETROS DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO DOMICILIAR, estamos fazendo um convite para você participar como voluntário nesse estudo.

Esta pesquisa pretende determinar os fundamentos que delineiam o trabalho do assistente social na atenção domiciliar no Brasil a fim de contribuir para a instrumentalização, valorização e visibilidade da categoria profissional.

Para sua concretização será realizada uma entrevista semi-estrutura, a partir da técnica bola de neve, e, posteriormente um grupo focal. Cada um dos instrumentos terá duração de aproximadamente 60 minutos.

É possível que aconteçam o incômodo na verbalização de acontecimentos importantes, o que pode acarretar algum desconforto, constrangimento, cansaço ou estresse. Caso alguma dessas situações ocorra, você tem o direito de pedir uma indenização por qualquer dano que resulte da sua participação no estudo.

Você não terá nenhum tipo de benefício direto ao aceitar participar do estudo, porém os benefícios serão secundários, tendo em vista a possibilidade de a pesquisa contribuir para o aprofundamento do debate teórico e a qualificação do trabalho dos assistentes sociais na atenção domiciliar.

Sua participação é voluntária e você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com a Prof^a Dr^a Patrícia Krieger Grossi e com a mestranda Daniela de Carvalho Teixeira Magalhães a qualquer hora.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você poderá contatar-nos via telefone acima mencionados, bem como estaremos disponíveis para atendê-lo na sala 204 do núcleo de pesquisa, localizada no 2º andar, prédio 9 na PUCRS, as quartas-feiras das 14 às 17 horas.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito à assistência gratuita, sendo encaminhado para o atendimento na rede pública de serviços ou organizações não governamentais que prestam apoio nestas situações.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. Sua deliberação em participar voluntariamente não acarreta qualquer risco ou dano que venha causar algum tipo de constrangimento ou cansaço para responder determinadas questões. Logo, é possível não prosseguir com a entrevista em qualquer momento, desistindo da mesma.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação conforme Lei Geral de Proteção de Dados.

Ao consentir em participar deste estudo, você de forma voluntária e esclarecida, nos autoriza a utilizar dados e informações de natureza pessoal para finalidade de pesquisa e realização deste estudo,

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50, sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@puhrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, _____ após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos

objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto, expressei minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa ou de seu representante legal

Assinatura de uma testemunha

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE OBTVEU O CONSENTIMENTO

Expliquei integralmente este estudo ao participante. Na minha opinião e na opinião do participante, houve acesso suficiente às informações, incluindo riscos e benefícios, para que uma decisão consciente seja tomada.

_____, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do participante na pesquisa

Daniela de Carvalho T. Magalhães
Pesquisadora - Mestranda

Patrícia Krieger Grossi
Prof.^a Dr.^a em Serviço Social – Orientadora

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM ASSISTENTES SOCIAIS

Apresentação dos participantes:

Nome

Cidade/Estado

Rede de atendimento público ou privado

Forma de contratação

Tempo de atuação no SAD

Tópicos a serem abordados:

Amostra dos dados principais identificados na pesquisa

Análise do trabalho e número de assistentes sociais X demandas

Divulgar o Escore de Risco Social na atenção domiciliar como uma possibilidade de reafirmação sobre o trabalho da categoria

Diálogo sobre as lacunas que ainda tem na atenção domiciliar para a categoria

Reflexão sobre o futuro da profissão na atenção domiciliar

ANEXO A – TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – NEAD

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Matrícula: _____ Idade: _____ Convênio: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Médico Assistente: _____ C.R.M.: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE					
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR				SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?					
O domicílio é livre de risco?					
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?					
Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.					
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR					
	PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR			ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
	24 HORAS	12 HORAS			
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza	
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia		Não utiliza	
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza	
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia			Até 4 vezes/dia	
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.					
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR					
ESTADO NUTRICIONAL	0 EUTRÓFICO	1 SOBREPESO/EMAGRECIDO	2 OBESO/DESNUTRIDO		
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0 SEM AUXÍLIO	1 ASSISTIDA	2 GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3	POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0 INDEPENDENTE	1 DEPENDENTE PARCIAL	2 DEPENDENTE TOTAL		
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0 0 - 1 INTERNAÇÃO	1 2 - 3 INTERNAÇÕES	2 > 3 INTERNAÇÕES		
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0 AUSENTE	1 ATÉ 5 VEZES AO DIA	2 MAIS DE 5 VEZES AO DIA		
LESÕES	0 NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS		
MEDICAÇÕES	0 VIA ENTERAL	1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE		
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE			
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2 COMATOSO		
				PONTUAÇÃO FINAL:	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicamentos Parenterais () Outros Programas			De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)			18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

** Consulte ESCORE KATZ no verso.

*** Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



ESCORE DE KATZ					
ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA 1 PONTO (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)			DEPENDÊNCIA 0 PONTO (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)	
	BANHAR-SE	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.			NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.
VESTIR-SE	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.			NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.	
IR AO BANHEIRO	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.			NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.	
TRANSFERÊNCIA	SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.			NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.	
CONTINÊNCIA	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).			É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.	
ALIMENTAÇÃO	LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.			NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.	
PONTUAÇÃO KATZ:					
CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4	DEPENDÊNCIA PARCIAL	< 2	DEPENDENTE TOTAL
Assinatura e Carimbo				Data	

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 – Elegibilidade

- Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.
- Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência.
- Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

- Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

- Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação

atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

- Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
 - 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
 - 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermódise.
- Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.
 - No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.
 - A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

ANEXO B – TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL – ABEMID

TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID		
Efetuada em ___/___/___		
Nome do Paciente: _____ Complexidade: _____		
Idade: _____	Programação em dias de atendimento - 24 h: _____	
Convênio: _____	Programação em dias de atendimento - 12 h: _____	
Matrícula: _____	Programação em dias de atendimento - 06 h: _____	
Diagnóstico Principal: _____		
Diagnóstico Secundário: _____		
Descrição	Itens da Avaliação	Pontos atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	1
	Sonda Vesical Intermitente	2
	Traqueostomia sem Aspiração	2
	Traqueostomia com Aspiração	5
	Aspiração de Vias Aéreas Sup.	3
	Acesso Venoso Prof. Contínuo	5
	Acesso Venoso Intermitente	4
	A. Venoso Periférico Contínuo	5
	Diálise Domiciliar	5
Quimioterapia	Oral	1
	Sub Cutânea	3
	Intra Venosa	5
	Intra Tecal	5
Suporte Ventilatório	O ² Intermitente	2
	O ² Contínuo	3
	Ventilação Mec. intermitente	4
	Ventilação Mecânica Contínua	5
Lesão Vascular/Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
	Úlcera de Pressão Grau IV	5
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos	Independente	0
	Semi-Dependente	2
	Dependente Total	5
Dependência de Reabilitação Fisiot / Fono / Etc. Seções Diárias	Independente	0
	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno ileo	3
	Nutrição Parenteral Total	5
Classificação dos Pacientes		TOTAL
Inferior a 07 pontos	Paciente não elegível para Internação Domiciliar	
De 08 à 12 pontos	Baixa Complexidade	
De 13 à 18 pontos	Média Complexidade	
Acima de 19 pontos	Alta Complexidade	
Ao obter um score 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade		
Ao obter dois ou mais scores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade		
Obs. A migração acima referida, ocorre independente dos pontos totais obtidos		
Assinatura e carimbo: _____		Data: _____

ANEXO C – AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO

	AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (para uso exclusivo de SAD)	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	TURNO: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
_____	_____	_____	_____	

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO* _____ DATA NASC.:* ____/____/____ SEXO:* F M

PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)*

Atenção Básica Internação hospitalar Urgência e emergência CACON/UNACON Iniciativa do paciente ou terceiros Outros

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológicos
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não oncológicos
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasogástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasoenteral - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BIPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral

CID-10 (principal)* _____ CID-10 (secundário) _____ CID-10 (secundário) _____

CONCLUSÃO/DESTINO*

ELEGÍVEL: (ver legenda) AD 1 AD 2 AD 3 INELEGÍVEL

Admissão na própria Emad Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua

Encaminhado para outra Emad Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência

Encaminhado para a Atenção Básica (AD1) Outro motivo clínico

Outro encaminhamento Ausência de cuidador (em casos com necessidade)

Outras condições sociais e/ou famil. impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO PARA ADMISSÃO

NOME COMPLETO:** _____

NOME SOCIAL: _____

RAÇA/COR:** Branca Preta Parda Amarela Indígena Etnia:** _____ Nº NIS (PIS/Pasep) _____

NOME COMPLETO DA MÃE:** _____ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:** _____ Desconhecido

NACIONALIDADE:** Brasileira Naturalizado Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO:** _____ DATA DE NATURALIZAÇÃO:** ____/____/____

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** ____/____/____ E-MAIL: _____

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP:** _____ MUNICÍPIO:** _____ UF:** _____

BAIRRO:** _____ TIPO DE LOGRADOURO:** _____ NOME DO LOGRADOURO:** _____

NÚMERO:** _____ Sem número COMPLEMENTO: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: () _____ TEL. CONTATO: () _____

CUIDADOR

Não possui Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a)/Enteado(a) Pai/Mãe Avô/Avó Neto(a) Irmão(ã) Outro

CNS DO CUIDADOR _____

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. **AD 1:** usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. **AD 2:** usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. **AD 3:** usuários com os critérios de AD2 com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese).

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria Emad

***Condicionado à resposta anterior

ANEXO D – ESCALA DE VULNERABILIDADE FAMILIAR

Escala de Vulnerabilidade Familiar (EVFAM-BR)

Itens	Não (0 pts)	Sim (1 pts)
Alguém do domicílio passa por dificuldades financeiras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta dinheiro para atender as necessidades do domicílio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem dificuldades de acesso a diferentes tipos de alimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio faz uso de medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio faz uso de 5 ou mais tipos de medicamentos por dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio possui condição de saúde que requer cuidados contínuos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio tem dificuldades para realizar atividades do dia a dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio necessita de ajuda para realizar seus cuidados diários de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio teve a mãe ausente durante a infância?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio teve o pai ausente durante a infância?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algum familiar já esteve em situação de abandono pela família?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém no domicílio convive com pessoas violentas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém em seu domicílio já foi vítima de violência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acontece violência em sua casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO E – ESCALA DE ZARIT

Departamento de
Medicina Social



MATERIAIS
DE APOIO:
CALCULADORAS

ATENÇÃO DOMICILIAR:
SITUAÇÕES CLÍNICAS
COMUNS EM IDOSOS
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES

ESCALA DE ZARIT

Tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores.

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

Departamento de
Medicina Social



MATERIAIS
DE APOIO:
CALCULADORAS

**ATENÇÃO DOMICILIAR:
SITUAÇÕES CLÍNICAS
COMUNS EM IDOSOS**
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

ESCALA DE ZARIT

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

- (1) Nunca
- (2) Quase nunca
- (3) Às vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Quase sempre

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA	
Leve	até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	acima de 22 pontos

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 205 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>. Acesso em: 2014.

ANEXO F – ESCORE DE RISCO SOCIAL – ATENÇÃO DOMICILIAR

Nome do paciente: _____ Matrícula: _____ D.N.: ____ / ____ / ____ Diagnóstico principal: _____

ESCORE DE RISCO SOCIAL – ATENÇÃO DOMICILIAR

Dados	Escore
Condições habitacionais precárias	3
Cuidados paliativos	3
Cuidador não elegível	3
Família com dificuldades de compreensão/sobrecarregada/conflituosa	3
Suporte familiar fragilizado	3
Situação clínica de alta complexidade	3
Violação de direitos/negligência de cuidados	3
Vulnerabilidades financeiras	3
Acamado/restrito ao lar	2
Doença crônica sem acompanhamento	2
Institucionalizado	2
Liminar/processo judicial	2
Maior de 65 anos	2
Menor de 12 anos	2
Necessidade de insumos, equipamentos, medicamentos	2
Transtornos de saúde mental	2
Uso abusivo de álcool e/ou drogas	2
Acompanhamento na rede socioassistencial	1
Analfabetismo/pouca escolaridade	1
Situação clínica de média ou baixa complexidade	1

Pontuação Total:

Classificação de Risco

Escore de 1 a 12 pontos	Risco 1
Escore de 13 a 25 pontos	Risco 2
Escore de 26 pontos ou mais	Risco 3

Risco 1 – Baixa complexidade social

(Serviço Social para alinhamentos e atendimentos quando necessários)

Risco 2 – Média complexidade social

(Serviço Social com acompanhamentos mensais ou quando necessários)

Risco 3 – Alta complexidade social

(Acompanhamento frequente no decorrer de todo atendimento, podendo ser mais espaçados em determinados períodos)

Data: ___ / ___ / ___

Profissional (nome completo CRESS): _____

Instruções de Preenchimento:

Primando pela segurança do usuário/paciente/família e do serviço, o cabeçalho do escore deve ser preenchido, assim como todos os itens, conforme orientações abaixo:

- **Condições habitacionais precárias:** questões de água, luz, saneamento básico, acessibilidade, local com risco, higiene insatisfatória (quando houver interferência no cuidado).
- **Cuidados paliativos:** usuário/paciente com doença limitante e ameaçadora da vida.
- **Cuidador não elegível:** pessoa da família ou contratada que não possui condições físicas, psicológicas e sociais para tal atividade e/ou ausente no domicílio.
- **Família com dificuldades de compreensão/sobrecarregada/conflituosa:** situações que necessitem de mediações de conflitos e (re) alinhamentos frequentes entre cuidador e equipe assistencial.
- **Suporte familiar fragilizado:** quando não há vínculos fortalecidos ou são inexistentes.
- **Situação clínica de alta complexidade:** por se tratar de um dado clínico, este deve ser preenchido com o apoio da equipe multidisciplinar e/ou verificação da escala NEAD.
- **Violação de direitos/ negligência de cuidados:** abuso de todas as formas (psicológica, física e sexual, etc.), família/cuidador descuidando e/ou não dando a atenção devida para a assistência necessária.
- **Vulnerabilidades financeiras:** usuário/paciente com renda familiar abaixo de 3 (três) salários mínimos e/ou comprometida com dívidas, despesas de saúde, empréstimos, hipotecas, etc. Situação de desemprego no núcleo familiar.

- **Acamado/ restrito ao lar:** usuário/paciente com limitações físicas, sem convívio social, restrito ao domicílio, com falta de autonomia e/ou uso contínuo de equipamento.
- **Doença crônica sem acompanhamento:** usuário/paciente sem acompanhamento necessário da equipe multidisciplinar.
- **Institucionalizado:** usuário/paciente residente em instituição de longa permanência para idoso (ILPI), casas de repouso/acolhimento, geriatrias, etc.
- **Liminar/processo judicial:** atendimento demandado por força de jurídica.
- **Maior de 65 anos:** observar as questões do Estatuto da Pessoa Idosa.
- **Menor de 12 anos:** observar as questões relativas ao Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).
- **Necessidade de insumos, equipamentos, medicamentos:** quando necessita de recursos, porém sem sucesso junto à rede e/ou com dificuldades na aquisição.
- **Transtornos de saúde mental:** usuário/paciente e/ou família com comprometimento psicológico/psiquiátrico.
- **Uso abusivo de álcool e/ou drogas:** corresponde ao usuário/paciente ou algum membro do núcleo familiar.
- **Acompanhamento na rede socioassistencial:** usuário/paciente e família já é acompanhando por alguma rede de apoio, seja do SUS, SUAS, INSS ou ainda rede privada.
- **Analfabetismo/pouca escolaridade:** item relativo ao usuário/paciente e/ou cuidador.
- **Situação clínica de média ou baixa complexidade:** Por ser tratar de um dado clínico, este deve ser preenchido com o apoio do restante da equipe multidisciplinar e/ou verificação da escala NEAD.

Observação: O instrumento tem a intenção de nortear o/a assistente social, porém este não pode ser utilizado de forma engessada, devendo ser observado em sua integralidade e sempre realizando a interpretação social dos contextos apresentados. Recomendamos que nos casos em que os usuários/pacientes apresentam alguma pontuação de número 3, a avaliação do Serviço Social deva ser realizada previamente a sua implantação a fim de garantirmos a segurança social e diminuirmos os impactos na assistência. Além disso, estes devem ser considerados automaticamente como alta complexidade social (com acompanhamentos frequentes e de acordo com a necessidade).

Data da última atualização: 22/03/2023 (GT/ AD - DDLP)



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br