

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

HEIDE APARECIDA BENEDITO

**HOME CARE
A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
NA REDE DE SAÚDE PRIVADA.**

São Paulo

2009

HEIDE APARECIDA BENEDITO

HOME CARE

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
NA REDE DE SAÚDE PRIVADA.**

“Trabalho de conclusão de curso, apresentada para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social da Universidade de Santo Amaro, sob a orientação do Prof.MS. Osmar Cavalcante Mota”

São Paulo
2009

HEIDE APARECIDA BENEDITO

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA REDE
DE SAÚDE PRIVADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de bacharel em Serviço Social do Curso de Serviço Social da Universidade de Santo Amaro, sob a orientação do Prof. Ms. Osmar Cavalcante Mota.

Data da Aprovação ____/ ____/ ____ .

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Osmar Cavalcante Mota

Prof. Caroline Silva Souza

Conceito Final: _____

Agradecimentos

*Primeiramente a **DEUS**, que me deu a vida, me deu força para alcançar mais essa vitória, e por cumprir sua promessa que me sustentou esse anos “Tudo posso Naquele que me fortalece”,*

Ao mestre e orientador OSMAR, pela atenção, por me direcionar, me fazer refletir e me ajudar a “lapidar a pedra bruta para confecção da JOIA”.

Professora CAROLINA, por participar da minha qualificação, por ter sido atenciosa e ter contribuído com sugestões importantes para a finalização desse projeto.

***MÃE**, a você que desde sempre acreditou em mim, a você que depositou em mim todos seus esforços, pelo exemplo de mulher onde procurarei sempre me espelhar.*

A dois grandes homens na minha vida: EDÍLSON “irmão-amigo” sempre parceiro, WILLIAM meu maior incentivador e companheiro, minha melhor escolha.

Aos colegas de classe, destacando GLEYCIARA, pela generosidade, por partilhar conhecimento e as dificuldades ao longo desses quatro anos; RENATA e TATIANE por tornarem esse processo mais alegre.

Aos Profissionais que partilharam comigo suas experiências tornado possível esse trabalho, MADALENA, “eternamente minha referencia”, EDNA, FÁTIMA, MÁRCIO.

A todos que direta ou indiretamente participaram do processo de realização de desse sonho:

MUITO OBRIGADA !

Certeza

De tudo, ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza de que precisamos continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto devemos:

Fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro...

Fernando Pessoa

RESUMO

O estudo objetivou investigar a atuação do Serviço Social na Assistência Domiciliar Privada. Como abordagem metodológica utilizei de pesquisa quantitativa e qualitativa. Quantitativa com objetivo de traçar o perfil da demanda atendida pelo *Home Care* e qualitativa para entender as subjetividades desse contexto, a princípio me propus a entender as interfaces da Assistência Domiciliar Privada, as rotinas e os processos inclusos nessa dinâmica, assim como os reais objetivos desse modelo de atenção a saúde. A partir de estabelecido as rotinas, passei para uma estratégia de averiguação através de entrevistas, do entender da equipe multidisciplinar sobre o trabalho do Assistente Social nesse contexto, observando assim qual o papel atribuído ao Serviço Social, e também através de entrevista com Assistentes Sociais que atuam em *Home Care* entender qual a atuação e casos atendidos desse profissional. A pesquisa mostrou que há ainda muito o que se avançar na atuação do assistente social em Assistência Domiciliar, e que a falta de uma metodologia entre a equipe multidisciplinar gera uma divergência no modo de atendimento aos pacientes, pois os profissionais usam de seus conhecimentos específico no atendimento, faltando um diálogo, e uma ação conjunta para atender todas as necessidades do doente e familiares.

Palavras Chaves: Assistência Domiciliar, Equipe Multidisciplinar, Doença/Saúde, Família.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCD – Santo André, São Bernardo, São Caetano e Diadema

ADS – Atenção Domiciliar a Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

OMS – Organização Mundial da Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNS – Conselho nacional da Saúde

AVD – Atividades de vida Diária

GTM – Gastrostomia

HC – *Home Care*

NEAD – Núcleo Nacional das Empresas De Assistência Domiciliar

SIBRAD – Simpósio Brasileiro de assistência domiciliar

SUS – Sistema único de saúde

CIAD – Congresso interdisciplinar de Assistência Domiciliar

ZL – Zona Leste

ZN – Zona Norte

ZO – Zona Oeste

ZS – Zona Sul

Sumário

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I - SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: ENFOQUE PARA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	
1. 1 Breve síntese do Serviço Social e a Saúde	11
1.2 Reforma Sanitária - Saúde como um Direito de Todos	14
1.3 Súmula dos anos 90 e dias atuais	18
1.4 <i>Home Care</i> - cuidados em casa – uma síntese histórica	19
1.5 Assistência Domiciliar e suas modalidades de atendimento	21
1.6 Assistência Domiciliar numa dimensão Privada	26
1.7 Serviço Social e Equipe Multiprofissional	30
CAPITULO II - O CAMINHO DO PENSAMENTO	
2.1 O percurso Metodológico	35
2.2 São Paulo Internações Domiciliares	39
2.3 O Perfil dos pacientes em <i>Home Care</i>	40
2.4 Analisando atuação do AS em empresa de <i>Home Care</i> privada	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXO A - Roteiro de entrevista	64
ANEXO B - Score do NEAD	66
ANEXO C - Termo de consentimento	69

HOME CARE - A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA REDE DE SAÚDE PRIVADA.

INTRODUÇÃO

A temática desse estudo é o *Home Care*, a pesquisa se propôs a analisar os resultados de uma investigação sobre a assistência domiciliar privada em saúde. Que vem se desenvolvendo mediante a oferta de múltiplos serviços. Seu ideário se apóia em um conjunto de princípios – a desospitalização, a redução dos riscos de infecção, o favorecimento do convívio da pessoa doente com o núcleo familiar — todos eles dirigidos à estratégia da redução de custos.

De uma perspectiva conceitual, então, o atendimento domiciliar corresponde a uma determinada modalidade de cuidados que se desenvolve sendo prestada por equipe multidisciplinar geralmente constituída por profissionais médicos, de enfermagem, fisioterapia, fonoaudióloga, psicologia, nutrição e serviço social, além de auxiliares de enfermagem. No Brasil, é ofertada majoritariamente à população adstrita aos planos e seguros de saúde, mediante a provisão de serviços de saúde prestados ao indivíduo em qualquer idade, acometido por enfermidade crônica ou aguda, em seu domicílio. Entretanto, a Assistência Domiciliar Privada constitui-se um objeto pouco conhecido para os profissionais de Serviço Social e com material teórico escasso sobre o tema.

Nesse sentido o esforço da pesquisa, foi de apresentar as demanda de trabalhos do profissional de Serviço Social, e de conhecer as estratégias dessas organizações para a redução de custos e competitividade no mercado capitalista, analisar possibilidades de atuação frente a essa demanda fundamentando na pratica multidisciplinar, acreditando que a atenção á saúde não deve estar centrada apenas no enfoque médico, mas também, nos diferentes saberes e intervenções, cujas praticas enfoquem a prevenção, tratamento cura e/ou alivio e suporte.

No primeiro capítulo procurei fazer um resgate da participação do Serviço Social no histórico de lutas da saúde no Brasil, dando um enfoque na reforma sanitária, onde foram alcançadas grandes vitórias, visando o direito a saúde para todos.

Ainda nesse capítulo busquei pesquisar os caminhos percorridos até a efetivação da assistência domiciliar, com uma síntese histórica, segundo pesquisa feita por Andrade (Apud Albuquerque: 2007), a assistência domiciliar teve seus primórdios em "Boston", nos EUA em 1780, para fornecer atendimento na área da saúde pública. No Brasil o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, segundo relatos de profissionais que vivenciaram o desenvolvimento dessa modalidade, criou em 1967 um serviço de assistência domiciliar a pacientes crônicos, pretendendo que esse atendimento fosse o prolongamento do atendimento hospitalar, diminuindo a permanência da internação e liberando leitos e otimizando as vagas nos leitos que já era uma dificuldade na época.

A Atenção Domiciliar à saúde (ADS) abrange diferentes modalidades, a saber, atendimento Domiciliar, Internação Domiciliar, visita domiciliar e Cuidados paliativos que foram delineados, assim como enfocados as suas respectivas peculiaridades e importância para os profissionais.

No capítulo dois objetivei especificar a escolha metodológica para trilhar a pesquisa, foi realizada uma busca de bibliografia sobre a temática, feita a opção por pesquisa quantitativa para identificar o perfil da demanda e qualitativa priorizando a entrevista com roteiro semi-estruturado por considerar essa uma ferramenta importante para análise de dados subjetivos.

O campo de Pesquisa Quantitativa foi à empresa São Paulo Internações Domiciliares (SPID), no mercado há dez anos, com aproximadamente 350 pacientes atendidos por mês.

Na análise de dados consegui observar na falas dos profissionais a seriedade que esse tipo de atendimento possui e o poder de alterar o contexto domiciliar de pacientes e familiares, foi nítido também notar que a dificuldade de interação entre equipe e Serviço Social, respectivamente o primeiro não sabe o papel desse e o outro encontra dificuldade em se apresentar e se afirmar.

As peculiaridades e possibilidades de atendimento para o Serviço Social são abrangentes, cabe a esse identificar essas demandas, uma grande possibilidade que identifiquei é o desenvolvimento de um trabalho com as famílias.

Nas considerações finais sistematizei a análise, procurando traduzi-los em possibilidades, para contribuir para as empresas e profissionais que atuam na área.

CAP. I SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: ENFOQUE PARA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

1.1 Breve síntese do Serviço Social e a Saúde

A relação do Serviço Social e a saúde estão historicamente situadas desde a gênese da profissão no Brasil, e a formação profissional também se pautou desde seu principiar em algumas disciplinas relacionadas à saúde, apesar deste não ser o foco principal ou único da profissão.

Com o término da segunda guerra mundial houve a expansão do serviço social em função das necessidades de expansão do capitalismo.

Nessa década a ação profissional na área da saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais emprega Assistentes Sociais (Bravo: 2006)

Para Bravo (2006) o principal motivo para essa absorção profissional na saúde foi o novo conceito de saúde, elaborado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinando a requisição de outros profissionais no setor entre eles o assistente social. Esse conceito surge através de organismos internacionais motivado pelo agravamento das condições de saúde. Trabalhando-se em equipe multidisciplinar permitiria suprir a falta de profissionais e ampliar a abordagem em saúde introduzindo conteúdo de prevenção e educativos.

O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela” com relação a hábitos de higiene e saúde e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. (IDEM)

Com a consolidação da *Política Nacional de Saúde* no país a ampliação dos gastos com assistência médica, pela previdência social, que por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e seu caráter seletivo e excludente.

O Assistente Social é chamado então, a trabalhar nos hospitais colocando-se entre a população e a instituição, tentando viabilizar o ingresso dos usuários aos serviços e benefícios.

Nos anos 60 os assistentes sociais da área da saúde ainda mantendo como local principal central de sua atuação os hospitais e ambulatórios deixaram de lado um campo bastante fértil, os centros de saúde, que já existiam desde a década de 20, onde a proposta principal era trabalhar com a população à prevenção e a educação sanitária, participava desse trabalho: educadores, médicos, enfermeiros e visitadoras. Os Assistentes Sociais só entraram nesse campo de atuação em 1975.

O Serviço Social Médico como era cognominado trabalhava com o serviço social de casos, com abordagem individual, ou seja, o cliente no tratamento num âmbito curativo e clínico; “executores de serviço social clínico” (BRAVO, 2006, p.42)

O profissional utilizava-se das ações: triagem ou seleção; plantão; encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Pós 1964 o Serviço Social sofreu transformações que rebateram nas ações no segmento da saúde.

Bravo (2007) considera que essas modificações foram um rebatimento das novas exigências advindas da política de saúde e da reorganização institucional do setor, dos movimentos sociais e da conjuntura em questão.

Nessa década, iniciou-se um debate interno na profissão, que questionava o seu conservadorismo o *Movimento de Reconceituação* exigiu uma renovação do serviço social.

O Serviço Social buscou um novo significado para a profissão, era o início da negação do Serviço Social tradicional crescendo, assim, o debate acerca da ação do profissional. Conforme Bravo “o eixo do debate se centrava na contestação do Serviço Social importado, com praticas assistencialista e ajustadoras, e a pretensão de neutralidade científica”.

O Serviço Social na saúde vai receber influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa.

Na distensão política de 1974 a 1979 o serviço social na saúde não se alterou apesar do processo organizativo da categoria; do aparecimento de outras direções para a profissão; do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela “vertente modernizadora”

A década de 80 para a profissão é colocada por Matos como o “início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia”, os profissionais se inserem nas universidades e produzem muitos trabalhos no enfoque de renovação da profissão, mas pouco interagem com os profissionais que estão diretamente envolvidos nos serviços com os usuários.

Matos (2003) conclui que apesar dos avanços, mudanças de posições e ainda a postura critica dos trabalhos apresentados, o Serviço Social chega à década de 80, sem efetivas produções sobre a prática na saúde e ainda desarticulado com as manifestações contra a política de saúde que vinham acontecendo.

A movimentação civil que já vinha ocorrendo desde meados dos anos 60 ganhou força no país na década de 80, a fim de reivindicar direitos a saúde e entendendo, essa como um direito social como será abordado sucintamente no próximo item.

1.2 Reforma Sanitária - Saúde como um Direito de Todos

Antes da Constituição de 1988, o sistema de saúde que vinha sendo implantado era irracional e não atendia adequadamente às necessidades da população, a saúde não era direito de todos, e o acesso à assistência médica era prometida a quem tinha carteira assinada, ou seja, para os trabalhadores do mercado formal, improdutivo, onde esse benefício era descontado diretamente sobre o salário, ou ainda, para aqueles que podiam pagar a previdência social.

A população considerada carente, que se encontrava fora do mercado de trabalho, e que conseqüentemente não conseguiam pagar, eram obrigadas a se sujeitar a filantropia das Santas Casas, ou ainda esperar que sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde, os Hospitais Universitários e os Governos Estaduais e Municipais fazerem algum atendimento.

Os serviços de saúde não funcionavam bem principalmente porque o sistema de saúde era resultado do sistema que foi montado, no tempo da ditadura militar, concentrava renda e atendia apenas os interesses daqueles, que queriam comercializar a saúde, e não as necessidades da população, não distribuíam benefícios sociais e, com isso, danificava saúde das pessoas.

Deste modo houve um grande desenvolvimento de serviços médicos privados, sobretudo hospitais. Já os serviços públicos não funcionavam para favorecer os privados; ficaram desprestigiados e começaram piorar apesar da previdência ter muitos recursos.

Rapidamente, a maneira de pagamento dos serviços privados e a carência de domínio sobre os mesmos, levaram a numerosas distorções do sistema, com fraudes e corrupção, envolvendo, de um lado, os interesses de ganhar com a doença da população e, de outro, os dirigentes nacionais descomprometidos com a saúde da população com os recursos públicos, acostumados a usá-los para seus fins clientelistas e eleitoreiros.

O governo optou pelo caminho mais cruel, ao priorizar os interesses particulares em relação aos públicos, alijando a população de qualquer participação nos seus destinos e criando um sistema de saúde de má qualidade, arraigado nas distorções e, por envolver muitos interesses escusos, resistentes às modificações, um sistema de saúde assaz perverso, pois não só não correspondia às necessidades de atendimento da população, como até agravava a sua saúde, na medida em que se fazia o que dava mais lucro, se internava mais do que o necessário e, sobretudo, se deixava de gastar em ações prevenção de doenças e de promoção da saúde, assim como em ações básicas de saúde e saneamento, território habitual do Ministério da Saúde sempre pobre.

Bravo coloca que:

A partir de 1979 a crise econômica se agrava como o aumento do custo de vida, da taxa da inflação de 200%, o arrocho salarial atingindo grandes faixas da população, o alto índice de desemprego, a crise da previdência social. A condição de vida das classes trabalhadoras ficou insustentável, sendo obrigadas a consumirem o mínimo para sua subsistência. (2007, p.60).

A crise econômica dos anos 80 afetou gravemente o governo, que passa como afirma também a autora por uma “*profunda crise*” que rebateram diretamente sobre a saúde e com a forma de governar:

[...] as reformas implantadas pelo governo anterior, não conseguiram dar respostas às principais questões, entre elas, a unificação dos aspectos preventivos e curativos com a formulação de uma política nacional de saúde, sob a coordenação efetiva do Ministério da Saúde (IDEM).

Exigindo que este reconhecesse a crise e a necessidade de mudar principalmente o sistema de saúde sob pressão da própria população que já começava a se reorganizar, lutando pela redemocratização do país.

A pressão e organização do movimento social, em termos de sindicatos, partido políticos, associações de moradores foi determinante para abrir espaço à reflexão e a começar a repensar esse sistema de saúde caótico, ineficiente, autoritário e descomprometido com a saúde da população. Na área dos profissionais

de saúde surgiu um movimento chamado na época de movimento sanitário que denunciou a ditadura e os interesses econômicos, e apresentou propostas construtivas, e um projeto de transformação do sistema de saúde vigente. Essa movimentação era composta por estudantes e intelectuais entre eles, antropólogos, médicos, professores universitários e a própria sociedade civil.

O movimento foi se estendendo, acionando lideranças políticas sindicais, parlamentares, divulgando suas idéias, através de debates. E ainda abarcando técnicos das instituições de saúde.

Assim, em 1979, no I *Simpósio Nacional de Política de Saúde*, realizado pela Comissão de saúde da Câmara dos Deputados, o movimento, representado pelo *CEBES* - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - que Bravo (2007) afirma ter reunido 800 participantes, proporcionou uma discussão pública em cima de suas sugestões de reorientação do sistema de saúde. Essa proposta, levando em conta experiências bem sucedidas em outros países, propunha a universalização do direitos a saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democráticas, com participação da população.

È claro que a proposta não teve espaço para se impor, naquele momento, ao governo. No entanto, como já se vivia um período de crise econômica e crescia a pressão social por melhores serviços de saúde, a proposta passou a servir de base para as reivindicações populares como exemplifica Bravo (2007) ; o I Encontro Popular pela Saúde, em 1980 e a Campanha da Fraternidade “Saúde para Todos” em 1981, e para reivindicações de profissionais e técnicos comprometidos. O governo teve que, a partir daí, levá-la sempre em consideração, adotando pouco a pouco muitas das suas idéias.

A crise levou o próprio governo a elaborar um projeto de reorientação global do sistema de saúde, a partir da implantação de uma rede de serviços básicos de saúde conhecido como PREV-SAÚDE e que deveria integrar os Ministérios da previdência e da saúde, no entanto sofreu muitas pressões e não saiu do papel.

Com a superação do regime militar o surgimento da Nova Republica em 1985, o movimento social se intensificou e foi uma discussão maior sobre os rumos que deveria tomar o sistema de saúde.

Prevista nos planos do novo governo e tendo em vista a próxima realização da Assembléia Nacional Constituinte, onde seria discutida a nova ordem jurídico-institucional do país e celebrando um novo pacto entre os vários segmentos sociais, foi convocado a 8º Conferência Nacional de saúde, para discutir a nova proposta de estrutura e política de saúde para o país. Com uma ampla participação a 8º Conferência discutiu a situação de saúde dos país aprovou um relatório, cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, já então plenamente legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares e que foi levado a Assembléia Nacional Constituinte em 1987, para disputar com outras propostas a que seria inscrito Constituição sobre Saúde.

Em 1988 as reivindicações tornaram – se possibilidade, a Reforma Sanitária uma proposta para a democratização da saúde que pretendia a igualdade e que a saúde fosse entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Isto é, que a saúde não é conseguida apenas com assistência medica, mas principalmente, pelo acesso das pessoas ao emprego, com salários justos, á educação, a uma boa condição de habitação e saneamento do meio-ambiente, ao transporte adequado, a uma boa alimentação, a cultura e ao lazer, e que quando necessário a assistência medica obtivessem o acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade.

A conquista da saúde não deveria ser uma responsabilidade exclusiva da área da saúde, mas de todo o governo que deveria identificar as aspirações da população e por meio de suas políticas econômicas e sociais, garantir ações para as necessidades apontadas.

Porem a articulação das propostas e da realidade é um processo em construção, dificultado pelos interesses de mercado e de política neoliberal, com um Estado mínimo que procura se desresponsabilizar das políticas sociais. Reflexo

desse processo tem sido a delegação de funções do Estado a recursos do setor privado e sociedade civil, tendo como consequência a precarização pública.

1.3 Súmula dos anos 90 e dias atuais

Os anos 90 com o Serviço Social ainda desarticulado com o Movimento Sanitário serão marcados na profissão pela hegemônica postura dos profissionais na intenção de ruptura, tendência essa, que se devem os grandes avanços do período.

Matos (2003) em um artigo publicado na revista de Serviço Social & Sociedade apresenta que os fatores que merecem destaque nessa década são: o Projeto ético-político, os Congressos Brasileiros de Assistência Sociais, as revistas Serviço Social & Sociedade que editadas pela editora Cortez desde 1979, no período em pauta publicou 13 artigos sobre a área de saúde.

A promulgação do Novo Código Ética do Assistente Social, em 1993, e da Nova lei de Regulamentação da profissão (LEI nº 8.662/93) enfatizou a posição dos profissionais a e “o compromisso com as classes trabalhadoras” (BARROCO: 2007, p.200).

A proposta da reforma Sanitária está em tangência com o projeto ético político do serviço social, ambos computam de princípios de universalização e em favor dos direitos humanos.

Na atualidade Matos assinala que há uma disputa entre dois projetos societários distintos na saúde se expressam entre o projeto neoliberal, “que redesenha o modelo médico-assistencial privatista, culminando com uma proposta de política de saúde voltada ao mercado” (MATOS, 2007, p.113) e o projeto de reforma sanitária.

1.4 Home Care - cuidados em casa – uma síntese histórica

Segundo pesquisa feita por Andrade (Apud ALBUQUERQUE: 2007), a assistência domiciliar teve seus primórdios em "Boston", nos EUA em 1780, para fornecer atendimento na área da saúde pública, estruturado para prestar serviços a enfermos necessitados, com caráter missionário. Enfermeiras e mulheres voluntárias realizavam visitas domiciliares para tratar e cuidar desses pacientes sem precisar hospitalizá-los. Já que naquela época, os hospitais ainda eram considerados instituições de assistência a pobreza, e de proteção as demais camadas sociais, onde se recolhiam os pobres enfermos e os afastavam do convívio social, lá eram tratados ou enviados para morrer. Num momento historicamente de pobreza e dominado por doenças infecto-contagiosas e altas taxas de mortalidade.

A princípio o foco era os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem que sempre estiveram muito presentes na assistência.

No início do século XX, a ênfase se dá novamente a enfermagem, aos reformistas que incomodados com a imigração, industrialização e as doenças infecto-contagiosas que acometiam as pessoas pobres estavam destruindo a vida nas cidades, viam na enfermeira visitante a solução para aquelas ameaças urbanas. As visitantes deveriam dar auxílio e cuidados ao enfermo, ensinando a família como cuidar e como evitar o alastramento da patologia, atendendo pacientes com enfermidades agudas, crônicas e mentais. Além, do que já nos primórdios acontecia auxiliavam as mulheres durante as fases de pré e pós-parto¹.

Mas os serviços de Home Care organizados foram praticados nos EUA iniciando-se gradualmente a partir de 1955, movidos pelo questionamento sobre onde os pacientes deveriam receber seus cuidados médicos, considerando que o tratamento baseado no hospital havia se tornado muito caro para os Planos de

1

Saúde. Paralelamente com a progressão no custo da hospitalização, um aumento na taxa de patologias crônicas e uma população rapidamente atingindo a terceira idade, o Home Care reassumiu seu papel como uma modalidade de menor custo e adequada ao fornecimento de serviços de saúde. (IDEM).

No Brasil encontra-se dificuldade para se relatar o início dessa atividade, segundo Cruz (2000), não há registros formais sobre o histórico da assistência domiciliar, baseando-se em depoimentos de profissionais que viveram o desenvolvimento dessa modalidade. O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo criou em 1967 um serviço de assistência domiciliar a pacientes crônicos, pretendendo que esse atendimento fosse o prolongamento do atendimento hospitalar, diminuindo a permanência da internação e liberando leitos e otimizando as vagas nos leitos que já era uma dificuldade na época. (IDEM)

Em 1986, foi fundada no Brasil, a Geriatric's Home Care no Rio de Janeiro. A primeira agência de Home Care no Brasil começou atuando com exclusividade para o Plano de Saúde Amil, e dez anos depois em 1996 foi criado o NADI (Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar) do Hospital de Clínicas de São Paulo.

E a partir daí deu-se uma explosão nesse tipo de atendimento a saúde, Segundo o Portal Home care², referencia para os profissionais e empresários que atuam na área, existem atualmente no Brasil cerca de duzentas e oitenta empresas trabalhando no setor de *Home Care* no Brasil.

A Secretaria de Estado de Assistência Social em 2000, portaria nº 2874, prevê a assistência domiciliar a idosos.

Por muito tempo havia poucos profissionais com experiência nesta área no Brasil. Porém, a realidade vem se transformando. Já existem muitos talentos nacionais, que estão se empenhando no desenvolvimento desta modalidade, muitos são os estudos e trabalhos acadêmicos, mas em sua grande maioria com enfoque médico e de enfermagem.

Em 1998 foi realizado o I Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar - *SIBRAD*. Esse foi o primeiro simpósio a debater temas relacionados aos aspectos mais relevantes da assistência domiciliar, nos setores público e privado no Brasil. A partir dessa data se repete anualmente.

O CIAD - Congresso Interdisciplinar de Assistência Domiciliar reúne profissionais que atuam na Assistência Domiciliar para discutirem e analisarem a diversas praticas já consolidadas, trocarem experiências e sistematizarem suas praticas, que no ano de 2008 na sua 7° edição contou com 689 congressistas e 82 palestrantes³.

1.5 Assistência Domiciliar e suas modalidades de atendimento

A Assistência Domiciliar também conhecida como *Home care* (cuidados em casa) envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamentos de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicilio. Modalidade de atendimento recente no Brasil, onde esta existe de forma publica e privada. Esse trabalho buscará focar a Assistência Domiciliar Privada.

Essa alternativa de atendimento a saúde tem como objetivo contribuir para otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando à redução dos custos; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral, por meio de uma maior aproximação da equipe com a família; estimular uma maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto; promover educação em saúde.

Até pouco tempo atrás, os pacientes eram tratados exclusivamente em hospitais, agora são transferidos o mais rapidamente possível para seus domicílios,

³ Disponível. <http://www.ciad.com.br/> acesso em 03/11/2008

onde irão continuar seus tratamentos, com programas de reabilitação, de recuperação ou de cuidados paliativos.

São muitos os fatores que justificam a adoção desse sistema, o envelhecimento da população, as doenças crônicas, o aumento do custo do tratamento, os recursos financeiros insuficientes destinados à saúde pelo governo, o aumento do custo vinculado à prestação de serviços de saúde para pessoas que são ou não asseguradas, o inevitável aumento geral do custo da medicina no país, a dificuldades das instituições hospitalares em relação aos pacientes de permanência prolongada e de alto custo, necessidade de gerenciamento de custo e risco pelos planos de saúde, a busca, já evidente, da eficiência e da metodologia de gerenciamento do custo no competitivo mercado hospitalar e de planos de saúde no Brasil, tem incentivado as fontes pagadoras a monitorarem todos os parâmetros e meios empregados no fornecimento de serviços aos seus usuários.

A Assistência Domiciliar adquiriu a partir de 2006 uma Resolução RDC nº11, de 11 de janeiro de 2006 (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária) ANVISA, onde se pauta nas diretrizes do regulamento técnico para estabelecer os requisitos de funcionamento para os serviços de atendimento domiciliar.

A regulamentação abrange as definições da categoria, condições para o paciente ser inserido nessa modalidade (infra-estrutura domiciliar), os serviços básicos que a empresa de SAD deve possuir (exames, quimioterapia, ambulância, recursos humanos) de acordo com a necessidade de cada paciente, estar inscrito no Cadastro Nacional De Estabelecimentos De Saúde – CNES.

O quesito inscrição junto ao CNES tornou se um dificultador para a modalidade já que os serviços de atendimento domiciliar (Home Care), não se enquadram em nenhuma das classificações de estabelecimentos de saúde com obrigatoriedade de cadastro junto ao CNES, por não se constituírem em estabelecimentos de atendimento à saúde, propriamente ditos, e sim, empresas de prestação de serviços de saúde em locais distintos. As empresas continuam o atendimento mesmo sem completar essa exigência, apesar de alguns planos de saúde a cobrarem constantemente.

A Atenção Domiciliar à saúde (ADS) abrange diferentes modalidades, cuja diferenciação e conhecimento são de vital importância para o profissional de saúde que atua na ADS. À saber são elas Atendimento Domiciliar e internação domiciliar, mas destacarei também outros dois enfoques: a visita domiciliar e os cuidados paliativos que são segmentos presentes na ADS.

Atendimento Domiciliar

No atendimento Domiciliar, também muito conhecido como monitoramento, o paciente recebe atendimento semelhante ao ambulatorial com visitas domiciliares multiprofissionais previamente agendadas.

Segundo a ANVISA, Atendimento Domiciliar é *“Conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio”* (BRASIL: 2006)

O atendimento domiciliar envolve ações educativas, orientação, demonstração de procedimentos técnicos a serem delegados ao paciente e ao seu cuidador, e ainda a execução de procedimentos pela equipe multiprofissional na residência do paciente.

Lacerda (2006) reforça o conceito como sendo o “conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde, a sua manutenção por meio de elementos que fortaleçam os fatores benéficos ao indivíduo e, concomitantemente a recuperação do indivíduo que já acometido por uma doença ou seqüela” desenvolvida na residência do paciente.

Internação Domiciliar

Na internação, é instalada no domicílio uma estrutura semelhante à hospitalar, com a presença de profissionais de enfermagem em período integral, além do acompanhamento de equipe multiprofissional, geralmente os pacientes situados nessa modalidade tem um agravo na patologia, portadores de doenças agudas e crônicas, ou uma dependência de acompanhamento de equipe especializada e equipamentos adequados a cada quadro clínico.

“Conjunto de atividades prestadas em domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente (...), e com necessidade de tecnologia especializada” ANVISA (2006).

Lacerda (2006) pontua que a internação domiciliar é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e continua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade do cliente, envolvendo a família.

Visita Domiciliar

A visita domiciliar é realizada por equipe multiprofissional, se caracterizando como o contato pontual dos profissionais com a família e paciente.

Segundo Amaro a visita domiciliar “privilegia o espaço vivido do sujeito” (AMARO, 2003, p.15)

Para Lacerda (2006) o objetivo é de “avaliar as demandas exigidas por ele (paciente) e por seus familiares, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial”

No serviço social costuma se muitas vezes assimilar a Visita domiciliar com “fins de inspeção”, mas a visita deve ser tratada como instrumento de

diagnóstico no estudo social, completando informações e impressões a respeito do usuário e familiares, pois a casa revela singularidades ricas a respeito desses.

A visita domiciliar está inserido nos dois modelos anteriores apresentados, dando subsídios para ações e intervenções.

Cuidados Paliativos

Cuidados paliativos são os cuidados prestados a pacientes fora de terapêutica conhecida pela tecnologia atual e fora de possibilidade de cura, cuidados esses, que visam amenizar a dor, aliviando o sofrimento biológico e psicossocial do doente.

Segundo a (OMS) Organização Mundial de Saúde ⁴, Cuidados Paliativos consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, no enfrentamento de doenças que oferecem risco de morte, através da prevenção e alívio do sofrimento. Isto significa a identificação precoce e o tratamento da dor e outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Martinelli (2007) reflete que para os Assistentes Sociais a definição correta a ser utilizada é o paciente está fora da possibilidade de cura, e não fora da possibilidade terapêutica, pois analisa que terapêutica de cura e de cuidados sempre são possíveis para proporcionar uma morte digna.

Os Cuidados Paliativos promover a vida e não prolongar a morte deve:

Afirmar a vida e reconhecer a morte como um processo e oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte, pressupõem o respeito a vida. (ANDRADE: 2007)

⁴ disponível em World Health Organization. Palliative Care. Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/en Acesso 28/09/2008

Ainda segundo a OMS, destaquei alguns princípios básicos que norteiam tais cuidados para melhor compreensão:

- Buscam proporcionar alívio da dor e outros sintomas que causem sofrimento,
- Não pretende acelerar ou adiar a morte,
- No cuidado direto com o pacientes englobam aspectos psicossociais e espirituais,
- Buscam oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a enfrentar a situação vivenciada durante a doença do paciente e em seu próprio luto,
- Oferecem um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte.

1.6 Assistência Domiciliar numa dimensão Privada

*Nenhuma tarefa, se bem feita, é verdadeiramente privada
É parte do trabalho do mundo. (Wilson Jacob Filho)*

Segundo Iamamoto:

O serviço social no Brasil afirma-se como profissão estreitamente integrada ao setor público [...] Mas vincula-se também, a organizações patronais privadas, de caráter empresarial, dedicadas às atividades produtivas propriamente ditas e à prestação de serviços a população. (2000:79).

A ampliação, na área privada de *Home Care* no Brasil, ocorreu sem base e sem um padrão que sustentasse a uniformidade e licenciamento que servisse de

modelo para orientar o crescimento desse modelo de saúde gerenciada, vem-se desenvolvendo mediante a oferta de múltiplos serviços. No Brasil, é ofertada principalmente à população que possuem planos e seguros de saúde.

A empresa de *Home Care* empenha-se na provisão de serviços, tais como: Atendimento Domiciliar de Saúde, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Consultas, Acompanhamento Médico Domiciliar, Serviços de Apoio a Idosos, internação de paciente de alto risco, e muitos outros programas que visam a recuperação e a manutenção da saúde.

O processo de avaliação de um doente para o *Home Care*, realizada pela própria empresa que presta esse serviço, ocorre a partir de uma solicitação do plano de saúde, do médico do paciente ou ainda pela família, deve se basear em alguns critérios para legitimar o atendimento, como dependência de equipe técnica, presença de um cuidador ativo, infra-estrutura domiciliar adequada, condição clínica estável, aceitação do paciente e família, e autorização do médico que acompanha o caso, entre outros critérios estabelecidos pela ANVISA.

Para Cruz (2005) o não preenchimento de todos os itens não significa que a Assistência Domiciliar não será realizada.

Os planos de saúde geralmente solicitam a avaliação de mais de uma empresa de *Home Care* para então escolher a melhor proposta, analisando o custo benefício a captação também pode ser indicação da empresa através de busca de pacientes com perfil propício nos hospitais para os planos de saúde. Esses aspectos tornam “o mercado do *Home Care* altamente competitivo” (IDEM)

A captação de novos pacientes é feita por um profissional de enfermagem, que é considerado apto para avaliar as demandas relacionada a recursos humanos, ou seja, quais profissionais devem acompanhar o caso, o total de horas de atendimento que nesse item temos de todas as formas desde 24 horas, 12 horas, 6 horas, ou ainda apenas alguns procedimentos por dia, onde o profissional vai realiza e deixa o paciente no tempo restante aos cuidados dos

familiares ou cuidadores, a enfermagem ainda avalia os equipamentos e materiais necessários.

Alguns planos de saúde segundo a autora exigem a participação e um relatório de um Assistente Social na avaliação:

Cabe salientar a importância da participação desse profissional no processo de avaliação, pois ele traça o “perfil social” do paciente e da família, procurando identificar com o “diagnostico social” os problemas ou dificuldades, bem como as variáveis que podem interferir nas relações sociais (CRUZ: 2005)

Após a autorização do plano de saúde, os outros profissionais serão inseridos no tratamento de acordo com a necessidade do paciente e dos relatórios da equipe multiprofissional do hospital, a um esforço para manter atendimentos com fonoaudiologia e fisioterapias, mas nem sempre com a mesma frequência hospitalar.

A família que sempre deve estar presente nesse processo avaliativo, é informada que a Assistência Domiciliar é uma continuação do atendimento hospitalar, a empresa de home care nessa hora faz um Merchandising sobre seus serviços, fixando a importância para o convívio do paciente com a família, diminuição dos riscos de infecção hospitalar.

Cabe a família se responsabilizar em manter um cuidador familiar ou contratado para acompanhar o paciente nas AVDS – Atividades de Vida Diária, como higienização, mobilização, preparação e administração de alimentos e medicações via oral. Cruz (2005) considera esse um dos momentos complicadores para o atendimento, pois a família e o paciente consideram que é exatamente essas atividades que motivaram a aceitação da assistência domiciliar, e muitas vezes esse item também não é tão bem esclarecido da avaliação do paciente..

O cuidador que acaba sendo um familiar, o conjugue que muitas vezes de idade avançada não consegue desempenhar sozinho essas funções sem também se debilitar, ou filhos que vêm como única opção abandonar o trabalho

para acompanhar seu ente querido, ou mesmo que tenha a profissional doméstica no lar, essa realizará atividades extras as suas habituais obrigações. A questão cuidador é sempre muito conflituosa e acaba levando a família e paciente a optar voltar ao hospital para manter os cuidados em tempo integral.

O domicilio do paciente segundo regulamentação deve ter estrutura para comportar o atendimento. É observado se a casa é plana ou sobrado, apartamento, se tem elevador, se o paciente terá um quarto próprio adequado para caber a cama hospitalar e equipamentos, se o banheiro cabe a cadeira higiênica, se a residência tem água encanada, energia elétrica, animais domésticos, o que é contra indicado.

Os Equipamentos, materiais e medicações em ambiente hospitalar são sempre fornecidos, já no *Home Care*, esses item são racionados, um dos motivos de tornar esse tipo de sistema tão lucrativo e desigual, pacientes com patologias semelhantes tem direitos diferentes no que se refere a cobertura desses itens. Muitas vezes é fornecido por um período e aos poucos vai sendo feito o “desmame” - termo bastante utilizado em *Home Care* e a família passa a arcar com mais essa despesa, pois nesse contexto a família paga contas de luz mais altas por conta dos equipamentos.

A alta do paciente de *Home Care* ocorre quando o medico considera que não há mais necessidade de acompanhamento e nesse caso também é feito o desmame, ou ainda quando o paciente piora seu quadro clinico necessitando de recursos mais específicos ocorre a internação hospitalar

A Assistência Domiciliar privada através de uma dinâmica funcional está diretamente relacionada ao mercado, é a mercantilização da saúde vinculados aos interesses de indústrias de equipamentos que cada vez mais fabricam novidades para esses serviços a medicina tecnologia e farmacêuticas com medicações com dosagem preparadas, pois na residência do paciente não pode ter “erros”, interesses das empresas que prestam. No contexto ideológico dessa

modalidade de “humanização” estão os fins lucrativos que geram a competitividade e redução de custos que favorecem o capital desestruturador de políticas públicas, sobrepondo os interesses dos usuários que deveria ser o atendimento qualificado a saúde. Cruz (2005) apresenta o quadro abaixo para demonstrar as estratégias operacionais utilizadas pelos envolvidos nesse sistema:

CONDUTA	OBJETIVO
Promoção da alta hospitalar precoce.	Reduzir os dias das internações hospitalares.
Implementação dos protocolos de atendimento.	Diminuir o tipo e a quantidade de procedimentos assistenciais, inclusive, a presença dos profissionais nos domicílios.
Introdução dos programas de desmame.	Restringir de forma gradativa a presença da mão-de-obra técnica especializada e incorporar o trabalho familiar na assistência para reduzir o número de dias dos internamentos domiciliares.
Monitoramento de casos.	Encurtar a assistência dos profissionais de saúde nos domicílios e diminuir os internamentos hospitalares recorrentes.
Incorporação da infra-estrutura dos domicílios.	Permitir a assunção pelas famílias dos diversos custos materiais acarretados pela presença do doente no domicílio.
Inserção da mão-de-obra familiar gratuita.	Possibilitar a redução da mão-de-obra técnica qualificada.
Oferta de diferentes serviços para os distintos tipos de contratos firmados entre clientes e operadores.	Reduzir o acesso dos clientes de planos e seguros de menores valores à quantidade de atos realizados ou ao tipo de procedimentos e tecnologias duras disponibilizados.
Flexibilização e precarização do trabalho (vinculação com as “falsas cooperativas”, contratos temporários).	Evitar custos atinentes aos direitos trabalhistas e previdenciários, transferindo-os ao trabalhador.

§

Fonte: Cruz (2005)

Os profissionais que prestam serviços para as empresas de home care são intermediados por cooperativas que segundo a autora “falsas cooperativas” o que destaca a precarização do trabalho que essa atividade demanda.

1.7 Serviço Social e Equipe Multiprofissional

*“A arte de viver É simplesmente arte em conviver... Simplesmente, disse eu?
Mas como é difícil!” (Mário Quintana)*

A equipe de assistência domiciliar é composta por profissionais da saúde de diversas disciplinas são elas: Assistente Social, Enfermagem, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Médico, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, que atuam em suas áreas específicas para proporcionar o atendimento necessário ao paciente em todas as suas necessidades e demandas.

A saúde conforme preconizado pela organização Mundial da saúde, “*é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência da enfermidade*” (OMS, 1946) sendo resultante de um conjunto de condições básicas tais como, moradia, alimentação educação, emprego, transporte, lazer, segurança, etc. constituindo-se assim, no resultado de uma ação integrada e coletiva.

A doença provoca no ser humano uma interrupção do processo normal de vida e este, se vê envolvido em situações que poderão desencadear mudanças significativas em seu cotidiano e na convivência com os demais indivíduos de sua rede social, gerando dificuldades de maior ou menor grau em sua autonomia e independência.

Fundamentado na prática multidisciplinar, a atenção à saúde não deve estar centrada apenas no enfoque médico, mas também, nos diferentes saberes e intervenções, cujas práticas enfoquem a prevenção, tratamento cura e/ou alívio e suporte.

Neste contexto o Serviço social encontra seu espaço de ação e campo interventivo. Serviço Social profissão liberal, teve sua primeira regulamentação legal em 1957 (Lei 3252/57) sendo redigida atualmente pela Lei n° 9662 de 1993.

A formação do Assistente Social não é específica da área da saúde, mas possibilita ao profissional a atuar nas diferentes dimensões da questão social, e assim ter habilidade para elaborar implementar, coordenar e executar as políticas públicas, inclusive da saúde:

O Conselho Nacional da Saúde através da resolução CNS nº 218 de 06/03/1997, reconheceu o assistente social juntamente com outras categorias, como profissional de saúde nível superior;

O Serviço Social se insere na equipe da saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas do adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja em nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria – fruto dos avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da prestação de serviços a saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade a população brasileira (RESOLUÇÃO CNS Nº 218)

O Serviço Social na área de saúde, em sua complexidade e abrangência, tendo como foco de trabalho o binômio saúde/doença, busca alternativas e estratégias para a avaliação e encaminhamento das questões adversas e cotidianas que dificultam o tratamento médico, procurando compor democrática e igualitária os serviços prestados ao usuário.

Os indivíduos têm histórias de vida, desejos, expectativas e estão inseridos em grupos sociais e familiares. Quando adoecem são mais do que portadores de patologias, pois continuam indivíduos, com toda a riqueza e tragédias inerentes a condição humana. Assim, além do diagnóstico, tratamento médico, prescrição de medicamentos, cirurgias, quimioterapias, tem-se a considerar os aspectos subjetivos, culturais, sociais e familiares.

Em uma perspectiva sistêmica, com visão holística do homem enquanto sujeito de sua própria história, o Serviço Social deve atuar a luz desta perspectiva, evidenciando que o “doente” encontra-se inserido em um processo intrínseco o seu contexto no mundo que deve estar voltado primordialmente a atenção e atendimento ao campo social.

O trabalho em equipe permite a que vários profissionais, de acordo com os seus conhecimentos e de pontos de vista diferentes, tomem decisões quanto ao direcionamento dos tratamentos possibilitando levar em conta todas as implicações existentes antes de decidirem condutas. Um mesmo profissional não precisa sozinho dar conta de todas as queixas do paciente, principalmente referentes a áreas de formação diferentes da sua. Porém, uma vez que a formação acadêmica individual não privilegia o trabalho em equipe, esta forma de atuar só pode ser aprendida com a prática.

O atendimento em conjunto visa um trabalho interativo entre todos os profissionais, permite que um profissional assista ao trabalho do outro, oportunidade essa para que aja um amplo aprendizado dos profissionais perante os diferentes saberes.

Os profissionais da saúde, em geral, tendem a compreender o paciente e sua família de forma extremamente objetiva, analisando, também assim, a sua relação com eles.

Na Assistência Domiciliar a atuação do assistente social se insere nesses contextos conflituosos, onde a empresa o solicita e contrata para intervir e para mediar conflitos entre a família e paciente e planos de saúde e empresas de home care, medidas judiciais e para encaminhar essas famílias para os programas e políticas sociais de concessão de benefícios que a empresa mesmo, outrora havia ou ainda o despreparo de equipe para lidar com alguns contextos vulneráveis.

“O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto de reforma sanitária e pelo projeto ético-político do serviço social. É sempre na referencia desses dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional esta de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários do serviço social” BRAVO (2006:43)

Institucionalmente, o serviço social se insere nos processos de trabalho tendo uma autonomia relativa. O limite dessa autonomia esta nos limites e

objetivos institucionais e recursos disponíveis, na instituição e nas políticas públicas para o atendimento das necessidades dos usuários. No espaço de atendimento direto com o usuário, o assistente social é um profissional autônomo na medida em que tem o atendimento sob sua responsabilidade podendo operacionalizá-lo independentemente.

No entender de alguns autores:

Um dos maiores desafios que o Assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Em fim, um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO: 2001)

[...] na démarche tática é necessário evidentemente, referir-se a problemas concretos, pesquisar, informar-se, planejar, mobilizar, reunir, divulgar, comunicar-se... tudo isso necessita de uma referência estratégica para saber a oportunidade, a possibilidades e a previsibilidade de se obter resultados. (FALEIROS:2001)

[E]

“O trabalho do assistente Social na saúde deve ter como eixo central a busca a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e pelo projeto ético-político do serviço social” (BRAVO: 2006)

Os profissionais de serviço social devem visualizar a promoção, a universalização e ampliação de direitos, e ser um sujeito profissional com competências para propor e negociar com a instituição e com os outros profissionais detectar tendências e possibilidades.

CAP. II - O CAMINHO DO PENSAMENTO

2.1 O Percurso Metodológico

Metodologia segundo Minayo (2007) “é o caminho do pensamento, e a prática exercida na abordagem da realidade”, ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (técnicas) e a criatividade do pesquisador. Para a mesma autora a metodologia é muito mais que técnica, essa deve incluir as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade. (IDEM)

Neste estudo o ponto de partida se deu a partir das indagações que me surgiram ao estagiar em uma empresa de assistência domiciliar e acompanhar o trabalho da assistente social, tendo a oportunidade de perceber suas demandas, estratégias, dificuldades e limitações. O caminho foi sendo tecido até defini e focalizar esse estudo numa investigação sobre o trabalho da assistente social na assistência domiciliar a saúde no âmbito privado, a pesquisa de campo será realizada com profissionais de empresas de home care privada da cidade de São Paulo, a quais denominei empresa A e B. Empresa A onde estagiei por 1 ano e me deu consentimento para realizar a pesquisa, e assinaram o termo de consentimento. Empresa B por dificuldades de acesso a diretoria, cada profissional entrevistado assinou o termo individual, privando na entrevista o nome da empresa.

Durante o período de estágio varia indagações surgiam em meus pensamentos, mas o que me incomodava profundamente era que sendo o *home care* privado, uma empresa que se apóia num ideário e princípios - desospitalização, redução dos riscos de infecção, o favorecimento do convívio da pessoa doente com o núcleo familiar, mas todos como estratégias da redução de custos numa lógica de mercado e mais valia, o profissional de Serviço Social sabendo que a empresa que o contrata, espera que ele atue como apaziguador em meio aos conflitos entre

empresa convênios e famílias, como manter coerência com o código de ética com os valores e escolhas hegemônicas da profissão?

Outro fato a qual questionava era as demandas a qual o profissional era solicitado, o que me fazia perceber a dificuldade da equipe multiprofissional de entender o papel do Serviço Social na instituição, que ainda é muito visto como assistencialista e outras vezes confundido como um psicólogo.

Nesse sentido como pesquisadora, e por conviver durante um período com a realidade investigada, o meu objetivo era favorecer um dialogo com os resultados obtidos.

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou se uma pergunta, e também estabelecer uma interação com os “atores” que comportam a realidade, assim construir um conhecimento empírico para quem faz pesquisa social. MINAYO(2007,p.61)

O esforço da pesquisa se deu no sentido de apresentar as demandas de trabalhos do profissional de Serviço Social, de conhecer as estratégias dessas organizações, verificando se a competitividade no mercado e o empenho para a redução de custos afetam no olhar ao paciente como ser social e nesse contexto analisar as possibilidades de atuação frente a demanda contraditória com as lutas históricas da profissão, baseadas no projeto profissional. A partir das observações cheguei às seguintes Hipóteses:

- *O profissional de Serviço Social que atua no âmbito da saúde privada domiciliar, sempre encontrará dificuldades de manter princípios éticos e coerentes com a profissão, pois mesmo que encobertos os valores da empresa privada não são apenas de manter o bom atendimento do doente e sim de racionar os custos, mesmo que para isso tenha que privar o paciente de certos direitos.*

· O papel atribuído ao Assistente Social pela equipe multiprofissional ainda é de um profissional aos moldes antigos, que a profissão luta tanto para se desvincular “assistencialista”, pois os profissionais que atuam não se esforçam para mudar essa visão, assumem para si trabalhos que não seriam de sua competência, e por medo do desemprego se subalternam.

Para trilhar a pesquisa, foi realizada uma busca de bibliografia sobre a temática, o que a princípio já foi desanimador, pois não existem livros de Serviço Social sobre o tema, mas não utilizei isso como empecilho, ao contrário, com o incentivo, se existe o campo de atuação, precisa ser conhecido e sistematizado, percebi e as disciplinas que mais evoluíram sobre o tema são a enfermagem e a medicina.

Utilizei a tese de doutorado da Assistente Social Letícia Andrade que atua no NADI - Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar, que enfoca os cuidados paliativos na assistência domiciliar. Apesar do NADI ser do setor público, onde o atendimento é bastante diferenciado do setor privado, a autora esclarece muito sobre esse tipo de atendimento, e igualmente a tese de mestrado da Enfermeira Eliane Maria Cruz, que focou a resistência dos familiares no atendimento domiciliar e que traz uma visão bem explanada sobre a empresa de home care privada.

Como referências bibliográficas também foram utilizadas autores renomados do Serviço Social que trazem argumentos e estudos a respeito da atuação e estratégias para o serviço Social: Yamamoto e Faleiros. Ainda para aprofundamento teórico Bravo e Vasconcelos que focam suas obras na área da saúde. Na busca de atingir os objetivos e indagações deste estudo delinee por pesquisa qualitativa e quantitativa. Para Mynayo (2007) “Os dois tipos de abordagem e dados delas advindos, [...] quando bem trabalhada teoricamente e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidelidade interpretativa”

Mynayo (2007) afirma que a pesquisa qualitativa “trabalha com o “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças dos valores e da atitude” a mesma autora ainda acrescenta” e o “ser humano se distingue não só por agir,

mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes” (MINAYO: 2007 p.21)

Para a etapa qualitativa foram aplicadas entrevistas semi estruturadas “conversas com finalidade” semi estruturada, “[...] que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO: 2007 p.64)

As entrevistas envolveram profissionais trabalhadores das empresas envolvidas na pesquisa para ampliar o conhecimento e entender a dinâmica e rotina da Assistência domiciliar e compreender a visão que esses possuem da atuação do Serviço Social. Foram entrevistadas também duas assistentes sociais que atuam ou já atuaram em Assistência domiciliar, profissionais com mais de um ano no setor.

Quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado? A boa seleção dos seus casos a serem incluídos no estudo é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” DESLANDES (2007 Apud Mnayo 2006)

As entrevistas possuem um roteiro semi-estruturado que permitiram variações na forma de condução das perguntas, e até na sua natureza, para que se possam adaptar as questões aos distintos sujeitos pelo fato de pertencerem a diferentes categorias profissionais, as entrevistas foram gravadas e todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento. Foram exploradas três categorias, a visão de lucratividade da empresa de assistência domiciliar, o papel atribuído ao assistente social pela equipe multidisciplinar bem como sua relação com a mesma, e visão desse profissional frente as suas demandas e seu referencial de ética.

Os resultados obtidos foram analisados a partir do referencial teórico escolhido e foi feito uma análise comparativa e crítica.

A etapa Quantitativa tem o objetivo de identificar o perfil da demanda atendida. Foram utilizados os relatórios e avaliações sociais da empresa A, o critério para inclusão na amostragem foram os casos atendidos no período de trinta dias anteriores a entrevista onde serão levantados os dados dos pacientes e apresentados em formas de gráficos os seguintes itens:

- Sexo: F/M
- Região do domicílio: ABCD/ ZS/ZN/ZL/ZO
- Cuidador: Formal/ Informal
- Patologia (Neurológica/ Respiratória/ Cardíaca/ neoplasias/ Motoras/ Outras)
- Primeira internação em Domicílio: Sim/ Não

2.2 São Paulo Internações Domiciliares

A empresa A – (SPID) - *SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES* empresa reconhecida no ramo de assistência domiciliar no mercado há dez anos, com aproximadamente 350 pacientes por mês, divididos entre internação, atendimento e monitoramento. Cujas missões são qualificação técnica, atendimento personalizado e credibilidade visam afastar vidas do ambiente hospitalar e aproximá-las de familiares, amigos, enfim dos contatos que são fundamentais à promoção de saúde.

Possui uma equipe multiprofissional com enfermeiros, fisioterapeutas, assistente social, médicos, psicólogos, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional.

Visa como proposta:

- Programa de cuidados individual e personalizado;
- Equipe de urgência/ emergência 24h (atendimento imediato);
- Assistência de grupo de curativos (uso restrito a quem precisa);
- Capacitação de cuidador/ familiar ou profissional;

- Central de Atendimento 24h;
- Programa de Integração Família e Equipe.

A São Paulo Internações Domiciliares possui sua sede no bairro do Brooklin em São Paulo, mas não podemos focar seu atendimento a região. Seus pacientes estão distribuídos no estado de São Paulo quase como um todo inclusive litoral, atualmente possui 5% dos seus clientes em outros estados como Santa Catarina e Rio de Janeiro.

O atendimento é feito por profissionais divididos por região, geralmente indicados por cooperativas locais, que atuam interligados por radio, telefone celular e notebooks onde enviam seus relatórios na rede – IW Health Care– sistema onde possui o histórico, avaliações, relatórios de todos os pacientes, e uma ferramenta chamada Nolts, semelhante ao email, aonde as informações e Intercorrências chegam imediatamente.

Na sede que funciona 24 horas por dia sempre possui médico e enfermeiro, auxiliares de enfermagem que atendem as ligações de familiares, para pedido de material, troca de profissionais que não agradam, assim como intercorrências, e uma farmácia, que é responsável pela separação e envio de toda medicação e material do paciente.

2.3 Perfil dos pacientes em *Home Care*

Analisei os prontuários eletrônicos dos casos atendidos no mês em dezembro de 2008, que somando foram 469 pacientes, ressaltando que nesse período tiveram inclusões, e altas de pacientes por óbito, internação hospitalar, melhora de quadro clínico, e ainda migração para outra empresa de home care. Abaixo seguem os dados obtidos divididos em sexo dos pacientes, região do domicílio, Idade, patologia, cuidadores familiares ou não, e se houve reincidência em *home care*.

Sexo dos pacientes:

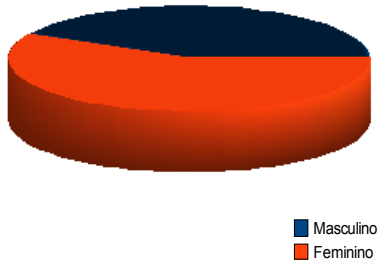


Ilustração:1

RESULTADOS

58% Mulheres

42% Homens

Região dos pacientes em Home Care:

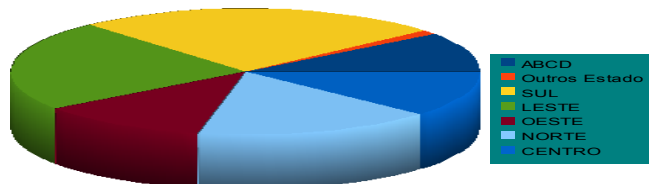


ilustração : 2

RESULTADOS:

ABCD: 10%

OUTROS ESTADOS: 2%

SUL: 25%

LESTE: 23%

OESTE:12%

NORTE:16%

CENTRO:12%

Observasse que a maioria dos pacientes encontram – se na Zona Leste e Zona Sul, onde temos dados também que são regiões mais populosas.

Idade dos pacientes em *Home care*:

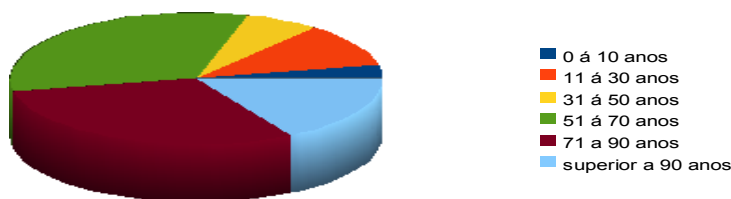


ilustração:3

RESULTADOS

0 - 10 → 0,4 %

11 -30 → 12%

31-50 → 6,9%

51-70 → 37%

71-90 → 35%

Acima 90→ 8,7 %

Apesar do aumento significativo da faixa etária da população, dos idosos viverem mais, o gráfico a cima demonstra que adultos e idosos relativamente jovens de 51 a 70 anos são a maioria atendida nessa modalidade, seguidos dos idosos de 71 a 90 anos.

Patologia dos pacientes em *Home care*:

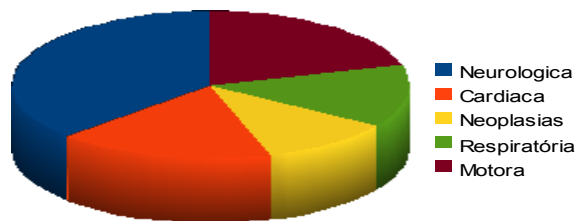


Ilustração: 4

RESULTADOS

Neurológicas – 38%

Cardíacas -18%

Neoplasias -11%

Respiratórias -14%

Motora -19%

As Doenças Neurológicas se destacam nos atendimentos, por estarem intimamente ligadas a velhice como é o caso do Alzheimer e Parkinson, mais em muitos casos observasse o misto de patologias, podendo o paciente apresentar mais de uma das opções listadas a cima, nestes casos priorizei a doença de base.

Cuidadores dos pacientes em *Home care*

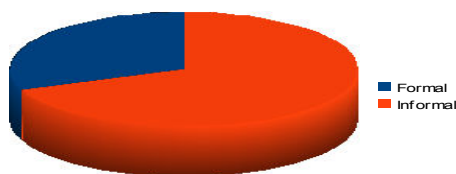


ilustração 5

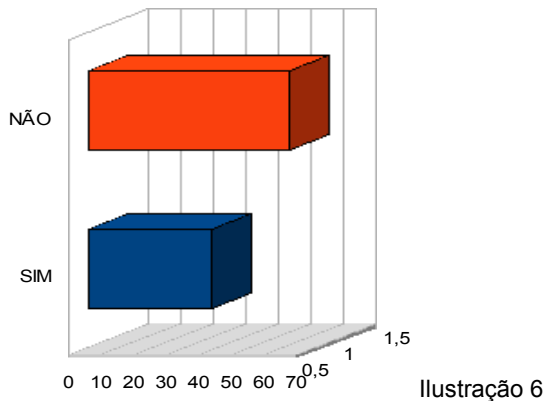
RESULTADOS

Informais: 66%

Formais: 34%

Os cuidadores informais, ou seja, familiares, são a maioria nessa modalidade, o que podemos questionar é se esses estão capacitados para esses cuidados, na análise no próximo item faremos uma avaliação desse dado.

Primeira internação Domiciliar



RESULTADOS

Sim – 38 %

Não – 62 %

Observa-se uma incidência de pacientes que já estiveram outras vezes em atendimento de *Home Care* e optam em voltar a ser a receber os cuidados em casa.

2.3 Analisando atuação do assistente social em empresa de *Home Care* privada

Nos dias atuais, influenciado pela Política Neoliberal, observamos o redirecionamento do papel do Estado, na área da saúde embora o texto constitucional e o SUS terem sido um avanço, pode se dizer que muitas das propostas não saíram do papel, A Contra - Reforma leva o Estado a uma posição de promotor e regulador e não mais de responsável direto, desconstruindo assim a proposta de Política de Saúde arquitetada na década de 80. Em meio a esse enfoque o mercado se apropria do andamento dessa desestruturação e cresce com proposta para atender o déficit deixado pelo Estado.

Através dessa pesquisa meu objetivo era conhecer as várias interfaces da Assistência Domiciliar no âmbito privado, como já colocado anteriormente, esse serviço iniciado pelo setor público, está cada dia mais crescendo e ganhando

importância enquanto atenção à saúde de doentes com as mais diversas interfaces de patologias. As Empresas de *Home Care* visam promover o bem estar do paciente em seu próprio domicílio, em contrapartida gera uma redução de custos nesses cuidados, utilizando de estratégias para gerarem lucro.

Um tópico a se destacar é a ineficiência do Estado de propor políticas para apoiar esses pacientes e seus familiares nos momentos de enfermidade, neste momento tão peculiar na vida do ser humano, a DOENÇA, dando assim uma abertura para o capitalismo preencher essa lacuna e se beneficiar a todo custo dessa precariedade.

O Assistente Social se insere nesse mercado, abrangendo gradativamente o seu espaço de trabalho e auxiliando para o rompimento do estigma da profissão vinculada somente aos serviços públicos. No ambiente empresarial o serviço social é solicitado para dar um olhar mais humano, ainda que para assegurar os interesses próprios da empresa.

Mota (1998) salienta que “ao ingressar nas empresas os assistentes sociais, via de regra, se deparam com o encargo de ratificar sua utilidade na solução de 'problemas sociais', mediante construção de uma identidade de intenções profissionais e empresariais”

A análise a ser realizada é composta por quatro profissionais que atuam ou já atuaram na Assistência Domiciliar Privada em São Paulo.

Personagens:

E1 - Enfermeiro – Trabalha a seis anos na assistência domiciliar atualmente no cargo de coordenador geral.

E2 - Enfermeira responsável pela escalação dos profissionais - trabalha há 10 anos na assistência Domiciliar

A.S.1 - Assistente Social - Atua há 3 anos na assistência Domiciliar.

A.S.2 - Assistente Social - Atua há 6 anos na Assistência Domiciliar.

Pautada nas entrevistas realizadas com esses sujeitos, destaquei a análise em 4 tópicos principais que seguem a seguir:

Assistência Domiciliar Privada

Como já salientado neste trabalho anteriormente a Assistência Domiciliar Privada beneficia o paciente, mas também está pautada em intenções comerciais e com fins de lucro, os profissionais que trabalham nessas empresas têm isso bem claro nos seus discursos:

“[...]... serviu para a minha permanência dentro de uma empresa de Home Care Privada, é que o diretor da empresa tinha uma visão que a empresa precisava de médico, enfermeiros e receber a parte financeira mesmo, claro, nada mais natural pra sobrevivência das empresas prestadoras, não tenho nada contra, aliás, é o que paga meu salário” (A.S.2)

A Concorrência entre as empresas:

“Tem... no mercado privado tem essa concorrência... dependendo da empresa eles solicitam para até de cinco prestadoras de serviço...” (E1)

“()... e eles liberam para quem tiver feito o menor preço e melhor plano terapêutico que vá atender aquele paciente. “ (E1)

“Dentro de alguns casos não vai só a MED LAR né, eles chamam mais empresas né, pra ver quem tem o preço mais acessível” (E2)

A expansão de empresa que prestam esse tipo de serviço facilita essa dinâmica competitiva:

“Concorrência não, o melhor preço né?... eles não querem saber da qualidade eles só olham o preço, vou ser bem sincera na realidade de hoje é o valor, agora a oito anos atrás ganhava a qualidade, quando o paciente

estava de alta queria ir para tal home care por que era bem falado, agora cada dia que passa abre mais home care” (E2)

A ANVISA (Agencia nacional de vigilância sanitária), como já colocado anteriormente estabelece critérios para legitimar um paciente em atendimento domiciliar como: dependência de equipe técnica, presença de um cuidador ativo, infra-estrutura domiciliar adequada, condição clínica estável, aceitação do paciente e família, e autorização do médico que acompanha o caso, mas para uma empresa que depende da parceria dos convênios contra indicar o paciente é um processo complexo, mesmo se esse não for à melhor opção para o paciente:

“porque se eu contra indico esse caso eu não resolvo o problema da operadora eu devolvo o problema pra ela, e eu posso ter problemas no futuro no sentido de não receber novos pacientes” (E1)

“Há muitos anos atrás eu já vi negar, hoje eu não vejo não, era assim o paciente morava na favela, e os ricos de periculosidade eram muito grandes, de o profissional chegar lá, e passar por tiroteio era um local muito perigoso, e na casa não tinha banheiro,... era um chuveiro na sala e barro no chão... Mas assim de uns oito anos para cá eu não vejo recusar não” (E2).

“Olha o correto seria priorizar o paciente, mas pelo mercado, a gente prioriza o convênio..., tem que ter um bom relacionamento com o convênio pra sobreviver, por exemplo, você começa a recusar a recusar, ai se queima no convênio” (E2).

O entrevistado “E1” na condição de coordenador fica encarregado de tomar a decisão da inclusão do paciente, assim como das internações hospitalares no caso do quadro clínico da paciente chegar a se desestabilizar.

“Teve uma paciente nossa chamada Olga o que, que acontece a gente estava numa reunião no convenio ‘X’ e paciente estava parando, e o ‘X’ querendo que nos a mantivéssemos a paciente em casa” (E1).

A equipe demonstra sentir uma culpa, uma responsabilidade sobre as decisões tomadas, e no seu relacionamento com a família, e lutam até mesmo versus o convênio para atender o doente.

“Uma situação Heide que agente não leva, é a instabilidade clinica, agente não leva, nos já fizemos isso antigamente ,por que é prejuízo muito grande, depois é um desgaste tão grande com a família, ela vem e pergunta e agora porque o paciente morreu? recai sobre agente” (E2).

“tem operadoras de saúde que nem sempre libera o que nós solicitamos, existem situações que a gente pede determinado medicamento e que eles pedem para a família comprar, muitas vezes a família não pode comprar, e o paciente fica sem? nem sempre a maioria das vezes entre brigas e confusões entre mortos e feridos a operadora libera por tempo determinado” (E1).

Mas como saber se um paciente é viável ou não para *Home Care*?

“existe um instrumento que é o SCORE do NEAD que ele direciona os cuidados de enfermagem” (E1).

O **Score**¹ palavra inglesa que traduzindo significa “contagem”, e **NEAD** que é a sigla de *Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar*, entidade que as empresas de Home Care se filiam a fim de divulgar e discutir idéias sobre a assistência domiciliar, o Score é um instrumento de apoio para essas empresas.

Através do Score do NEAD, que valida o total de horas que o doente terá atendimento de um profissional em casa, a empresa se apóia para responsabilizar a família de cuidados técnicos, um instrumento que numera os cuidados baseado em que?

“()... baseado no que? Baseado na higiene, alimentação e conforto que são de responsabilidade da família” (E1).

É sabido que um dos requisitos para a validação do paciente em *home care* é a presença de um cuidador, Mas o que é ser um cuidador?

1

Segue o instrumento em anexo

Na análise quantitativa pudemos observar a maioria dos cuidadores são informais, ou, seja, são familiares, que nem sempre tem um preparo emocional e às vezes mesmo físico para cuidar de um doente dependente. Karsch (2003) diz que “As condições físicas desses cuidadores levaram a inferir que os cuidadores são doentes em potencial, e sua capacidade funcional está em risco”

Mas na visão dos profissionais eles têm a obrigação de fazê-lo, na avaliação do profissional (E1) existem três tipos de famílias no *Home Care*:

*“Famílias que superam tudo isso, e mesmo com uma dificuldade imensa, imensa, imensa, conseguem se organizar tenta se concentrar e facilitar para o máximo de conforto e bem estar e **desistir de focos pessoais dos familiares para manter aquele paciente em casa e bem, mesmo tendo que dar conta dos cuidados diários daquele paciente, existe pacientes que demandam bastante cuidados**” (E1)*

*“[...] existe também a situação que os familiares insistem para levar em domicílio, e vão para casa, mas na primeira oportunidade hospitalizam e muitas vezes nem querem levá-lo mais pra casa, **esses doentes acabam, entre aspas sendo um peso muito grande para eles, e muitas vezes a relato até de negligência nos cuidados por parte desses familiares, para obrigar a hospitalização, para eles poderem descansar, por que é uma sobrecarga muito grande, não estou fazendo julgamento nenhum, isso é o que a gente percebe no dia a dia que não é fácil e eles relatam mesmo cansaço, chegou no final de dezembro agora veio uma família e pediu, uma esposa, pedindo parar hospitalizar o, aqui no Einstein, paciente com Alzheimer, acamado, que requeria muitos cuidados, porque ela estava muito cansada, como era uma operadora VIP, mega, hiper, blablá, naturalmente agende deixou levar para o Einstein, e ele está lá até agora, então ela assumidamente trouxe sua dificuldade**” (E1)*

E existe a terceira situação:

*“()... **famílias que levam e que não dão conta e que brigam, ficam brigando com a gente e com a operadora de saúde, não querem assumir o papel de cuidador, não querem hospitalizar o paciente e ficam brigando,...** nós determinamos os cuidados... a partir de um instrumento o SCORE,... existem situações que a gente até libera, claro sempre para a família treinar, no começo do atendimento, alguns dia, algumas horas, mas fora isso a gente não consegue liberar porque depois a gente não consegue desmamar, existem famílias que não querem assumir os cuidados, ... a gente leva para operadora isso como uma problema social..., mas eles sempre trazem como, “Eu tenho como cuidar, mas isso não é obrigação minha” é obrigação do convênio por que eu pago a anos, e assim por diante” (E1)*

Mas e se a família não tem cuidador?

O instrumento não avalia se a família tem cuidador, ou se o cuidador está treinado ou não, então caberia nesse contexto um instrumento paralelo, um olhar no contexto interno para avaliar o tempo que a família ou cuidador levariam para se organizar até conseguir caminhar sem precisar mas de cuidados técnicos.

A Assistente Social trás um exemplo rico que evidencia a ineficiência desse instrumento quando aplicado sozinho, ou sem se considerar o contexto familiar que esta inserido o doente:

*“Um caso de uma paciente de 97 anos, que era cuidada por uma irmã que também era idosa, e essa paciente de 97 anos, ela tinha Alzheimer ela estava acamada, inconsciente, com gastrostomia, e ela era solteira e cuida da pela irmã de 87 anos que também já estava com início de Alzheimer, como essa paciente era solteira havia um suporte de sobrinhos de segundo e terceiro grau, que davam um pequeno apoio, perdão, até um grande apoio, porque pagavam o convênio, auxiliavam na alimentação, na gastro alimentação, auxiliavam na medicação, e o que eles queriam que o convênio oferecesse na ocasião era um plano terapêutico maior, e que permanecesse principalmente a noite com essa paciente, foi aplicado o score e foi verificado que essa paciente não tinha direito a 24 horas de cuidados, e na época nos fizemos grandes embarques para mostrar para equipe que a essa paciente precisava de com os cuidados principalmente a noite, pois a cuidadora tomava remédio e dormia, lembro de uma vez que ela queimou a barriga da paciente com café quente, pois como sabia que a irmã gostava de café, e que a irmã já não podia comer pela boca ela tentou introduzir com uma colher pela GTM, e já viu... não sei te dizer como mas a natureza é sabia, ela apareceu com o fêmur quebrado eles tiveram que liberar os cuidados de 24 horas..., **pra onde eu for eu vou lembrar do sofrimento dessa família e das varias tentativas de alertar o Home care**” (A.S.1)*

A fala da profissional “A.S.1” demonstra o desgaste que é para um profissional com um olhar para o “todo” ver o angústia de uma família que procurando o melhor cuidado para seu familiar, passa por uma aflição de ver seu ente sofrendo de perto e sem forças de confrontar-se com um “instrumento”.

Por uma concepção de profissão, os membros da equipe multiprofissional têm dificuldade de buscar o histórico da família Vasconcelos (2006) fez uma

pesquisa com o código de ética dos vários profissionais da saúde, e sua relação com as conquistas na saúde a partir da reforma sanitária e SUS e concluiu que:

Excetuando a categoria dos assistentes sociais, que obteve avanços na definição de um projeto de profissão articulados às necessidades e interesses da classe trabalhadora, as demais profissões mantêm, ainda, códigos de ética contraditórios e baseados em princípios predominantemente abstratos e conservadores, descolados dos interesses da maioria dos brasileiros usuários dos seus serviços de saúde (Vasconcelos, 2006)

A autora trás ainda que ao procurarem “situar-se diante da problemática dos valores, confundem princípios com objetivos, metas ou deveres”

[...] Existe uma paciente, que eu fui enfermeiro visitador da paciente na época, e eu conheço toda dinâmica da casa, é uma filha que nunca casou, que cuida da mãe, bem sucedida antigamente, classe media falida, mora em Higienópolis num apartamento legal, tinha uma operadora de saúde na época em que nos nem sabíamos o que era convênio, ela paga desde a década de 40, a mãe dela, enfim e eu participei daquela dinâmica, a queda financeira dela, a queda clinica da mãe, o declínio psicológico da filha ela chora a toa, com aquele amor pela mãe incessante, e ela saiu do hospital pra gente sendo aspirada e com 24 horas de cuidados, depois de um tempo o Score teve que ser aplicado, e ela não aceitava o desmame e eu já estava aqui dentro, e tínhamos um programa de desmame e eu era o gerente de enfermagem na época, e enfim eu omiti para operadora de saúde os relatórios na época, eu aumentava o numero de vezes de aspirações, sabe até quando eu fiz isso? Até três meses atrás, menti pra operadora de saúde é um risco enorme... Isso ta errado, é antiético, é desonesto ” (E1)

Ética com o convênio ou com o paciente?

A fala do profissional nos mostra que a partir do momento em que o contexto histórico vivido pela família e seu ente doente é compreendido as ações profissionais tornam-se mais coerentes mais humanas, ao questioná-lo sobre o fato de conhecer e ter vivenciado o sofrimento da filha influenciou tal atitude ele responde:

“()... foi determinante, isso só aconteceu por que eu conhecia, porque tem outros casos que eu não conheço e eu faço (desmame) e não quero nem saber, eu tenho que fazer, mas faz muita diferença” (E1)

Martinelli (2007) traz que um dos deveres do Assistente Social é lutar para que a ética esteja nas nossas ações profissionais, e na nossa prática como um todo, fazendo que nos tornemos mais humanos e nossa prática mais humanizada, reconhecendo nos nossos usuários sujeitos de direitos na busca da saúde.

Mas qual papel do assistente social nesse contexto do *Home Care*?

Para Faleiros (1991) “O desafio do profissional consiste justamente na reorientação de seu cotidiano de acordo com a correlação de força existente, para facilitar o acesso da população ao saber sobre elas mesmas, aos recursos disponíveis e ao poder de decisão”.

A profissional entende qual o seu papel na Assistência domiciliar e ao decorrer da entrevista contou alguns casos pontuais da sua intervenção junto aos pacientes atendidos, casos de crianças com progenitores altamente fragilizados com anormalidades nos seus filhos, filhos que abdicam suas vidas pessoais para cuidar de uma mãe ou um pai e acabam atingindo a um grau de estresse de solidão se encontrar no limite da razão.

*“Um mediador, um mobilizador e um articulador das relações sociais”
(A.S.2).*

O trabalho do assistente social dentro de uma instituição também é de mediador, mas o profissional deve ter clareza de que lado se posicionar o que nosso Código de Ética nos deixa claro “**posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços**”, deve facilitar a comunicação entre família-paciente e equipe-empresa.

As grandes demandas narradas pelas assistentes sociais entrevistadas são **a procura família-paciente por recursos sociais**, a equipe solicita o assistente social para intervir junto às “famílias problemáticas” como costuma ser rotuladas as

famílias com dificuldades de adaptação ou com resistência para desmame do paciente do home care.

“O Assistente Social é o profissional que conhece a família, ele é formado em relações humanas no ser humano ele avalia o ser humano no biopsicossocial” (A.S.2)

“o Serviço Social trabalha em conjunto com a equipe, nas altas para desmistificar rótulos e crenças e nas dificuldades de pré-julgamentos também...” (A.S.2)

O Assistente Social para equipe

Os Profissionais que gerem as Empresas domiciliares têm formação universitária específica na área da saúde, sendo médicos ou enfermeiros, que em sua maioria desconhecem a atuação do profissional de serviço social ficando atreladas a visão do senso comum e muitas vezes a própria equipe multidisciplinar ainda vê o profissional com uma visão assistencialista. É perceptível na fala das Assistentes sociais essa postura:

“O Serviço Social ainda é visto na assistência domiciliar, como o profissional de suporte que, vai resolver. problemas, toda vez que há um problema não importa qual seja, o assistente social é chamado” (A.S.1)

“[...] então se você fizer uma proposta de um trabalho de grupo, de sensibilização ou de orientação familiar, de acompanhamento de diagnóstico, não isso não compete ao Assistente” (Edna)

“Encontrei médicos maravilhosos que vieram conhecer o nosso trabalho, em contrapartida encontrei profissionais de outras área que por respeito e ética não discriminaria, que sentiam invadidos no seu trabalho e com muita dificuldade de fazer a troca, estabelecer uma relação muito cordial até, pra ovos e flores uma beleza, pra conversar sobre a vida, mas quando pra sentar e fazer um estudo de caso, discutir um plano terapêutico, o Assistente Social sempre fica com a rebarba[...], sempre fica como o primo pobre da historia” (A.S.1)

Independente da visão institucional o Assistente social deve tentar superar, para Souza (1982) “por mais controladora que seja uma instituição, existem sempre perspectivas abertas ou mais fechadas a depender da particularidade institucional,

que podem ser direcionadas à ação em função da problemática da população cliente” o assistente social deve superar as críticas e pensar em possibilidades transformadoras.

“difícilmente se encontra profissionais que realmente entendam a atuação do Assistente Social, ainda se vê na área da saúde o assistente social apagando o fogo, resolvendo problemas muitas vezes insolúveis, quando se vai colocar para a equipe que tal situação não é possível de ser resolvida é mais fácil a família compreender do que apropriar equipe” (A.S.1)

O discurso das assistentes sociais apresenta uma crise e trazem que a equipe apresenta uma visão do Serviço Social empirista com traços voluntaristas e assistencialista, o que no entender das profissionais contribuem para a fragilização no atendimento e na troca com a equipe

“Acho que primeiro passa por esse viés Heide de achar que o conhecimento do outro é muito maior, que agente até pela postura que traz de assistencialismo, é um trabalho de menos valia, então tudo bem você está na equipe mesmo pra providenciar cadeiras de roda e pronto não tem muito que contribuir, sua colaboração está nisso está bom não queira nada mais...” (A.S.1)

Iamamoto (2001) coloca que o exercício da profissão na contemporaneidade requer ação de um profissional competente para propor, para negociar com a instituição e seus projetos, para defender seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais “requer, pois ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nelas presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional

Na definição da equipe, o profissional de serviço social tem um papel insubstituível e até deixa patente a existência de um conjunto de demandas para o serviço social que revelam a importância da profissão:

*“Sem dúvida, e é impar, e é específico... **É específico**, não dá pra ser feito por outro[...]” (E1)*

E Ainda:

*“Pra mim é muito claro o da assistente social, quando eu penso na assistente social eu penso no auxílio do indivíduo e familiares, no **auxílio na reorganização, na reinserção no caso pontual da saúde, na reestruturação e no auxílio de gerenciamento de conflitos familiares, por conta de algum problema social**, por exemplo, a falta de algum por exemplo na falta de um cuidador, a falta de algum medicamento, a escassez de recursos financeiros no domicílio, ou conflitos gerados em função desses problema, basicamente da família ... e a otimização, o auxílio dos familiares do paciente para otimização dos recursos sociais, que é o as pessoas geralmente pesam primeiro, procure a Assistente Social pra ver o que ela vai conseguir para você, nessa linha, mas isso pra mim é ultimo pensamento, **acho que primeiro é a reinserção do indivíduo na sociedade, além , mais uma coisa, da questão do auxílio na reconstrução da rede do paciente e da família, da reconstrução da rede, da rede social, da rede familiar, da rede de amigos, não sei se falei besteira , mas acho que é isso...**” (E1)*

Para Costa:

“[...] enquanto os assistentes sociais subestimam a utilidade e o conteúdo das suas práticas, cada vez mais as instancias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, apontam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes [...]” (Costa 2008,p.305)

Pude observar uma tensão na fala das assistentes sociais mas no discurso dos profissionais de outras áreas era bem claro a necessidade do assistente social, que no meu entender em uma fala “A.S.2” demonstra um caminho para solucionar esse nó:

*“Nós temos que **desmistificar para a equipe o papel do SS e se colocar de igual para igual**” (A.S.2)*

Para que os demais profissionais possam solicitar o trabalho do Assistente Social de forma correta é preciso que entendam o que ele faz, como trabalha, e isso é papel desse profissional, impor qual são suas especificidades.

Segundo a fala da profissional “A.S.2” o Assistente Social deve desvendar para a equipe as particularidades do Serviço Social, cabe ao profissional demonstrar outra forma de conhecimento para a equipe não biologizando o serviço social, mas se valendo do seu conhecimento para mostrar outras necessidades que precisam ser observados no contexto domiciliar.

A profissional dá um exemplo que demonstrar que para a educação em saúde os níveis de orientação têm suas singularidades:

“Um enfermeiro pode orientar a família? Pode! Um AS pode orientar um curativo? Pode também... nossa, mas como a AS vai orientar? Ela vai orientar: 'Olha a senhora tem que lavar esse curativo, higienizar, tomar cuidado com os lençóis, as trocas de cama tem que ser constantes, o quarto tem que ser bem arejado, tem que limpar, higienizar, a Senhora tem que lavar as mãos antes de tocar no curativo, os materiais tem estar em um local limpo adequado e quando a Sra. der o banho, lavar muito bem, a Sra. vai colocar a pomada que a equipe orientou e vai fechar, isso é uma orientação social sobre um curativo.” (A.S.2).

Cada área profissional deve usar de seus conhecimentos para no final esse paciente e famílias possam ser assistidas como um todo de maneira sólida e não apenas de maneira aparente ou superficial.

“()... uma orientação superficial pra família sobre um curativo, da mesma forma o enfermeiro sobre a família” (A.S.2).

Faleiros defende que:

“ [...] é possível e viável a construção, em interação com outros agentes, de uma estratégia de ação profissional sem se perder a força e o conhecimento, [...] é preciso revalorizar a diversidade de visões, a tolerância, sem confundí-las com ecletismo. (FALEIROS, 2002,p 86 e 87).

Limites e Possibilidades

“Agora os limites muitas vezes são impostos pela empresa, o profissional até vê muitas das possibilidades de uma intervenção, mas muitas vezes pelo plano terapêutico e pela filosofia da empresa o Assistente Social fica muito limitado” (A.S.1)

Falar em limites em serviço social já é freqüente na literatura específica da área, em todos os campos onde o profissional se insere ele encontrará empecilhos, o que procurei através dessa análise é entender o contexto da assistência domiciliar, como se configura a rotina, em que está embasado os valores, o que o assistente social faz e qual o papel atribuído pela equipe ao Serviço Social para poder chegarmos as possibilidades.

A primeira questão que me vem a toma é porque ainda existem empresas de home care que não possuem um assistente Social?

“Acho que não tem uma culpa Heide, acho que falta uma divulgação mesmo, do Serviço Social levar para os serviços e divulgar mais a importância do assistente social no Home Care” (A.S.1).

A Assistência Domiciliar é um campo de atuação onde o assistente social tem grandes possibilidades de intervenção, onde as variações das questões sociais são altamente visíveis, mas um campo de atuação pouco conhecido ou divulgado, o que se torna um dificultador para o trabalho.

“Quando o Serviço social é chamado a trabalhar em Home Care ele tem que saber pra que veio, a equipe está lá, tá andando, quando chega ele tem que primeiro uma avaliação e entender o que é aquilo, então é uma coisa que também demonstra para equipe como falta de capacitação. Fica para a equipe como uma falta de preparação, ele não sabe a que veio, e se ele não sabe a que veio, o outro vem e diz para que. Até e você se queimar. Ou então deixam pra você todos os rabos de foguete para você dar conta e lógico que você não vai dar” (A.S.1).

A fala da profissional é facilmente relacionada com Faleiros no livro “Estratégias de Serviço Social” onde o autor cita:

“Boa parte dos assistentes sociais não sabe quem são, o que fazem e nem o que devem fazer, ficando, assim, ao sabor das estratégias definidas de fora da profissão, pelas instituições” (FALEIROS,2002, p 86)

O Profissional deve buscar uma atualização através de especializações na saúde, gerontologia, tanatologia, se apropriar de qual a demanda que irá atender que como já observamos nessa pesquisa trata-se de pacientes idosos, com patologias neurológicas, com cuidadores que adoecem juntamente com eles.

O profissional deve manter coerência com o projeto da profissão deve ser a voz do doente e dos familiares frente à empresa.

“O social vai fazer o relatório dele sobre o olhar dele e vai dar o parecer, o parecer social, o caso poderá ser elegível para a assistência Domiciliar desde que a família receba um suporte da empresa, se vai ser da parte

financeira elegível ou não, coerente ou não, ou autorizado pela empresa é uma outra questão, mas o Serviço Social tem em que posicionar com autonomia no olhar social” (A.S.2).

Acredito que uma possibilidade de atuação do assistente social sejam os cuidados paliativos onde o profissional pode se apoiar para interagir com a equipe tendo um suporte teórico, já que o objetivo é aliviar o sofrimento e manter a dignidade do doente até sua morte mostrando que há um outro jeito de se fazer Home Care.

Sobre os cuidados paliativos:

“()... o que tem a ver com o assistente social? volto para aquela questão na organização desse processo, desse processo de terminalidade, dando a família um suporte um apoio, o estar presente com a família e com o paciente, mas nunca só em equipe, a final uma andorinha só não faz verão, os cuidados paliativos é um trabalho de equipe, porque o cuidados paliativos é cuidado com toda amor que nos chamamos de o paciente e família não tem só a dor física, tem a dor física, financeira, espiritual, material, então para cada profissional na equipe é importante, porque ele vai colaborar, e propor uma intervenção para essas varias dores” (A.S.1)

“Os cuidados paliativos, ainda é novo no Brasil, atenção aos novos profissionais busquem essa formação é um campo que com certeza vai haver em expansão e é imprescindível o Assistente Social, modelos americanos modelos ingleses, modelos espanhóis, modelos portugueses, trazem como linha de frente o trabalho do Assistente Social em cuidados paliativos. Aqui no Brasil por ser um trabalho novo, ainda se tem muitas reservas, ainda se mistura muito cuidados paliativos com eutanásia, então fica uma coisa ainda muito nebuloso” (A.S.1).

O Assistente social tem uma visão do doente, da família e do cuidador na aproximação Ribeiro (2008) salienta **“é pelo olhar, ouvir, sentir e indagar, nos atendimentos que o profissional percebe o vivido do cuidador”**, através das visitas domiciliares essa integração poderá ser feita **“São através das visitas domiciliares que o profissional irá perceber as condições estruturais, matérias, socioeconômicas, subjetivas e intersubjetivas do cuidador do doente e dos familiares”**. (IDEM)

E através dessa busca de entender o cotidiano e a subjetividade de cada contexto familiar interagir com a equipe para a visão possa ser global.

A Assistente social “A.S.1” ao definir nosso papel profissional sabiamente coloca:

“O Serviço Social é voz do sujeito, nunca podemos nos esquecer disso, ser a voz do sujeito não significa estar sempre em comparsa, mas ser a voz do sujeito é poder falar por ele nos momentos de sofrimento de desacordo e desalinho, acho que esse é nosso papel”
(A.S.1).

Faço dessas minhas palavras que todo profissional tenha como principal escopo “**ser a voz do sujeito**” ser o representante do clamor do usuário que atendemos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar no trabalho do Assistente Social em *Home Care* em empresa privada sempre me deixou uma incógnita, através do meu estágio e das percepções que eu tive na prática, a cada dia mais me questionava: **Como fazer serviço social em Home care?**

Por meio dessa pesquisa pude compreender a dimensão que é o trabalho do Assistente Social nesse campo de atuação.

São vários os dificultadores, mais são maiores ainda as possibilidades de intervenção e de propostas.

A doença fragiliza não somente o paciente, mas também sua família e ambos necessitam de um profissional com visão humana. O assistente social pela própria formação avalia a situação familiar com um olhar técnico e profissional, cabe a ele trabalhar com a família nesse novo momento, o retorno ao lar do paciente e as barreiras desse novo contexto.

A doença é uma demanda médica sim, mas é também uma demanda social, pois esse sujeito doente está inserido num núcleo familiar, ele possui uma história de vida, tem suas subjetividades e singularidades e deve ser visto numa visão ampla.

A equipe ainda tem dificuldade de saber qual o legítimo papel do assistente social, mas o solicita para trabalhar, pois enxerga uma demanda, e distingue que nosso papel é social. O Profissional de Serviço Social deve apresentar propostas à empresa privada, somar e trabalhar de forma articulada com a equipe multiprofissional, deve estar presente desde a avaliação desse paciente para *home care*, já traçando o perfil da família, identificando precocemente possíveis variáveis que possam influenciar negativamente o atendimento dessa família e sinalizando

para equipe, e através de um estudo possam todos proporcionar adaptações possíveis para cada caso.

Durante o atendimento o Assistente social deve sensibilizar a família e empresa sobre suas co-responsabilidades nesse processo, e auxiliar na reorganização de papéis na dinâmica familiar, bem como uma orientação quanto a recursos da comunidade que possam ser de valia para o paciente.

No “desmame” o Assistente Social deve trabalhar com a família na reorganização de tarefas e articular a rede social deste doente para que esse processo não seja um peso, para que não seja uma carga para família.

Acredito que um grande avanço para a sistematização e reconhecimento da classe que trabalha em assistência domiciliar, seja a busca da qualificação, e troca das dificuldades e progresso que se tem na operacionalização e no dia a dia, através de estudos especializações e trabalhos científicos, compartilhando e ampliando os conhecimentos.

O meu objetivo nessa pesquisa foi alcançado, mas através dela outros objetivos me vieram novas indagações, pretendo avançar ainda mais, buscar a partir desses dados qual é a voz da família e do paciente? A residência é o melhor lugar para se tratar um doente terminal? E se for, para todos os casos? Como criar um Instrumento que consiga visualizar todo o contexto do doente? Seria Viável um “Score Social”? É claro não de forma quantitativa e numérica mas que seja possível uma metodologia para ponderar cada situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARO, S. Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem Complexa. AGE, São Paulo , 2003.

ANDRADE, Letícia. Desvelos:Trajetória no limiar da vida e da morte, cuidados paliativos na assistência domiciliar. São Paulo,PUC-SP, 2007. Tese de Doutorado.

BARROCO, Maria Lucia Silva. Ética e Serviço Social – Fundamentos ontológicos. 5° Ed.- São Paulo.Cortez, 2007 Capítulo 3 p.178 – 208.

BRAVO, Maria Inês Souza... [et al] (organizadoras). Saúde e Serviço Social. 2° ed. - São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2006 Parte I: p.25 - 78 e parte II p.17- 135.

CRUZ, Eliana Farias. Por que o familiar/ e ou paciente resistem à assistência domiciliar? São Paulo, PUC-SP,2005. Tese de Mestrado

FALEIROS, Vicente de Paula. Estratégias em Serviço Social. 3°ed.- São Paulo: Cortez, 2001 Capítulo 5 e 6 p.83 – 112 e Capítulo 8 p. 127- 140

_____. Saber Profissional e poder institucional. , São Paulo:Cortez Editora, 1965.

IAMAMOTO, Marilda. **CARVALHO**, Raul. [Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.](#) São Paulo. Cortez, 2001.

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA O SERVIÇO SOCIAL. Coletânea de leis decretos e regulamentos para a instrumentalização da (o) assistente social/organização Conselho regional de |Serviço Social do estado de São Paulo, 9° região – Diretoria Provisória – 2°ed.rev., e atual até dezembro 2005 – São Paulo: Conselho, 2006.

MATOS, M.C. O debate do Serviço Social na Saúde nos anos 90. In: Serviço Social & Sociedade (74). São Paulo; Cortez,2003

MINAYO, Maria Cecília de Souza. ET AL. Pesquisa Social Teoria, método e

criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007

NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. 5° Ed.- São Paulo: Cortez, 2006 Capítulo 1 p.34- 52.

MOTA, Ana Elizabete [ET AL.], (orgs). Serviço Social e Saúde. 3° Ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

QUIRINO, José F. **LEITE**, Ângela I. Aspectos socioculturais de um modo de adoecer: a somatização. In Serviço Social & Sociedade (74) São Paulo: Cortez : 2003

RIBEIRO, Regis Eusébio. **Ribeiro**, Luciene Nazareth. Cuidar: Um ato que se verifica exercendo. 2008. 134 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Faculdade de Serviço Social, Universidade de Santo Amaro, São Paulo, 2008.

Anexo A - Roteiro de Pesquisa

Assistente Social

1. Qual o papel do Serviço Social numa empresa de Assistência Domiciliar Privada?
2. Qual sua autonomia (Limites e possibilidades) em relação ao atendimento direto com o paciente?
3. Como o serviço social chega ao caso a ser atendido?
4. O Serviço Social participa da inclusão dos pacientes?
5. Qual o perfil dos usuários atendidos?
6. Quais são suas maiores demandas? Você acredita que consegue atender de forma adequada e satisfatória elas?
7. Você já teve experiências que considerou não estar sendo feita a escolha mais ética?
8. Como você se atualiza profissionalmente? Trabalhar numa empresa privada, com claros princípios de mais-valia, dificulta manter coerência com o projeto ético-político profissional? É Possível?
9. A Equipe multidisciplinar reconhece o papel do assistente social? Como se dá o dialogo?
10. O que você acredita que poderia mudar para melhorar o atendimento e a relação com a equipe?

Equipe Multidisciplinar

1. Como é feita a inclusão do paciente na Assistência Domiciliar?
2. O que faz a Empresa recusar um paciente?
3. A prioridade é o lucro ou a atendimento do paciente?
4. Se o convenio não cobrir um item (Aparelho, medicação, recursos humanos) que a equipe acha essencial para o tratamento desse paciente, considerando que a família/paciente não tem condições financeiras para possuir o que é feito?
5. Você já teve experiências que considerou não estar sendo feita a escolha mais ética?
6. O Assistente Social participa do processo decisório na inclusão do paciente?
7. O que você entende ser a especificidade do Serviço Social?
8. Qual o papel atribuído Ao Serviço Social na assistência Domiciliar?
9. Já presenciou algum caso que o serviço social foi fundamental para o atendimento?

Anexo B - Score do NEAD



Nome: _____ Op. Saúde: _____

DIMENSIONAMENTO DE ENFERMAGEM EM HOME CARE – MANUTENÇÃO

1. QUADRO CLINICO	PONTOS
. estável	0
. não estável	2
2. ASPIRAÇÕES TRAQUEAIS	
. ausentes	0
. até 3 aspirações	1
. 3 a 6 aspirações	2
. mais de 6 aspirações	4
3. SONDAS/DRENOS/CATETERES/ESTOMIAS	
. ausente	0
. pres.c/ família apta	1
. pres.s/ família apta	2
4. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS INVASIVOS	
. ausentes	0
. 1x/dia	1
. 2x/dia	2
. 3x/dia	3
. 4x/dia	4
. mais de 4x/dia	5
5. PADRÃO RESPIRATÓRIO	
. eupneico	0
. períodos de dispnéia	1
. dispnéia constante	2
. períodos de apnéia	3
6. DEPENDÊNCIA DE O2	
. ausentes	0
. parcial	1
. continua	2
. ventilação não invasiva	3
. ventilação invasiva intermitente	4
. ventilação invasiva contínua	5
7. CURATIVOS	
. ausentes ou simples	0
. pequenos	1
. médios	2
. grandes/múltiplos	3
TOTAL (X3)	

TOTAL	PLANO TERAPÊUTICO	TOTAL	PLANO TERAPÊUTICO
< 6	Programação de alta de enfermagem	16 a 24	Manter com 12hs
06 a 15	Manter com procedimento (no máximo 06 horas)	> 24	Manter com mais de 12hs

DIMENSIONAMENTO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM HOME CARE

SCORE DE ADMISSÃO

<u>GRUPO A</u>	<u>GRUPO B</u>	<u>GRUPO C</u>																								
Internações no último ano <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. 0 - 1 internação</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. 2 - 3 internação</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. mais de 3 internações</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	. 0 - 1 internação	0	. 2 - 3 internação	1	. mais de 3 internações	2	Alimentação <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. sem auxílio</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. assistida</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. por sonda</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>. por cateter central</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </table>	. sem auxílio	0	. assistida	1	. por sonda	2	. por cateter central	3	Secreção Pulmonar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. ausente</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. peq/mod. quantidade</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. abundante</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	. ausente	0	. peq/mod. quantidade	1	. abundante	2				
. 0 - 1 internação	0																									
. 2 - 3 internação	1																									
. mais de 3 internações	2																									
. sem auxílio	0																									
. assistida	1																									
. por sonda	2																									
. por cateter central	3																									
. ausente	0																									
. peq/mod. quantidade	1																									
. abundante	2																									
Tempo desta Internação <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. menos de 10 dias</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. 10 - 30 dias</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. mais de 30 dias</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	. menos de 10 dias	0	. 10 - 30 dias	1	. mais de 30 dias	2	Curativos <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. ausentes ou simples</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. médios</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. grandes</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>. complexos</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </table>	. ausentes ou simples	0	. médios	1	. grandes	2	. complexos	3	Drenos / Catet. / Estomias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. ausentes</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. presente c/ família apta</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. presente c/ família inapta</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	. ausentes	0	. presente c/ família apta	1	. presente c/ família inapta	2				
. menos de 10 dias	0																									
. 10 - 30 dias	1																									
. mais de 30 dias	2																									
. ausentes ou simples	0																									
. médios	1																									
. grandes	2																									
. complexos	3																									
. ausentes	0																									
. presente c/ família apta	1																									
. presente c/ família inapta	2																									
Deambulação <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. sem auxílio</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. com auxílio</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. não deambula</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	. sem auxílio	0	. com auxílio	1	. não deambula	2	Nível de Consciência <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. consciente e calmo</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. consciente e agitado</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. confuso</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>. comatoso</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </table>	. consciente e calmo	0	. consciente e agitado	1	. confuso	2	. comatoso	3	Medicações <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. VO ou SNE</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. IM ou SC 1 ou 2x/dia</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. IM ou SC mais 2x/dia</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>. EV 1 ou 2x/dia</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>. EV mais 2x/dia</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> </table>	. VO ou SNE	0	. IM ou SC 1 ou 2x/dia	1	. IM ou SC mais 2x/dia	2	. EV 1 ou 2x/dia	3	. EV mais 2x/dia	4
. sem auxílio	0																									
. com auxílio	1																									
. não deambula	2																									
. consciente e calmo	0																									
. consciente e agitado	1																									
. confuso	2																									
. comatoso	3																									
. VO ou SNE	0																									
. IM ou SC 1 ou 2x/dia	1																									
. IM ou SC mais 2x/dia	2																									
. EV 1 ou 2x/dia	3																									
. EV mais 2x/dia	4																									
Plegias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. ausentes</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. pres. c/ adaptação</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. pres. s/ adaptação</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	. ausentes	0	. pres. c/ adaptação	1	. pres. s/ adaptação	2	Sub-Total B (x2) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> </table>			Quadro Clínico <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. estável</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. instabilidade parcial</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. instável</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	. estável	0	. instabilidade parcial	1	. instável	2										
. ausentes	0																									
. pres. c/ adaptação	1																									
. pres. s/ adaptação	2																									
. estável	0																									
. instabilidade parcial	1																									
. instável	2																									
Eliminação Vesical <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. sem auxílio</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. com auxílio ou sonda</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. sem controle esfinc.</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>. sondagem intermit.</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </table>	. sem auxílio	0	. com auxílio ou sonda	1	. sem controle esfinc.	2	. sondagem intermit.	3		Padrão Respiratório <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. eupneico</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. períodos de dispnéia</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. dispnéia constante</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>. períodos de apnéia</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </table>	. eupneico	0	. períodos de dispnéia	1	. dispnéia constante	2	. períodos de apnéia	3								
. sem auxílio	0																									
. com auxílio ou sonda	1																									
. sem controle esfinc.	2																									
. sondagem intermit.	3																									
. eupneico	0																									
. períodos de dispnéia	1																									
. dispnéia constante	2																									
. períodos de apnéia	3																									
Estado Nutricional <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. eutrófico</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. emagrecido</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. caquético</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	. eutrófico	0	. emagrecido	1	. caquético	2		Dependência de O2 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. ausente</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. parcial (resp. esp.)</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. contínua (resp. esp.)</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>. vent. mecânica interm.</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>. vent. mecânica contínua</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> </table>	. ausente	0	. parcial (resp. esp.)	1	. contínua (resp. esp.)	2	. vent. mecânica interm.	3	. vent. mecânica contínua	4								
. eutrófico	0																									
. emagrecido	1																									
. caquético	2																									
. ausente	0																									
. parcial (resp. esp.)	1																									
. contínua (resp. esp.)	2																									
. vent. mecânica interm.	3																									
. vent. mecânica contínua	4																									
Higiene <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>. sem auxílio</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>. com auxílio</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>. dependente</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	. sem auxílio	0	. com auxílio	1	. dependente	2																				
. sem auxílio	0																									
. com auxílio	1																									
. dependente	2																									

Sub-Total A (x1)	
-------------------------	--

Sub-Total C (x3)	
-------------------------	--

TOTAL: A + B + C

TOTAL	PROGRAMA
< 8	Sem indicação acompanhamento Enfermagem
8 a 15	Internação Domiciliar com Consultas de Enfermagem
16 a 20	Internação Domiciliar com 06 hs de Enfermagem
21 a 30	Internação Domiciliar com 12 hs de Enfermagem
> 30	Internação Domiciliar com 24 hs de Enfermagem

Anexo C – Termo de Consentimento



FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Universidade de Santo Amaro

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ RG/
CPF, _____,

Declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora - Heide Aparecida Benedito- dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/ reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa , concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou constrangimento.

Declaro ainda que recebi uma copia desse Termo de Consentimento.

São Paulo _____, de _____ de _____.

Nome e Assinatura

(Nome por extenso)

(Assinatura)

