

## **INTERDISCIPLINARIDADE: INSTRUMENTO DE MUDANÇAS DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO NO ATENDIMENTO DOMICILIAR.**

Edileuza Bezerra de Almeida<sup>1</sup>, Andréia Gonçalves da Câmara<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Hospital Giselda Trigueiro/Secretaria Estadual de Saúde Pública/SESAP/RN, e-mail: [superazuelide@yahoo.com.br](mailto:superazuelide@yahoo.com.br), <sup>2</sup>Hospital Giselda Trigueiro//Secretaria Estadual de Saúde Pública/SESAP/RN, e-mail: [deiacamara13@yahoo.com.br](mailto:deiacamara13@yahoo.com.br)

### **RESUMO**

*Em 2005, foi implantado o Programa de Internação Domiciliar, substituído pelo programa MELHOR EM CASA, conhecido como Serviço de Atenção Domiciliar/SAD, no Hospital Giselda Trigueiro/HGT/SESAP, tendo origem nas políticas nacional e estadual de atenção a saúde do idoso. Este trabalho busca refletir sobre a ação interdisciplinar, enfatizando a práxis do Assistente Social com os pacientes admitidos portadores de doenças infectocontagiosas, no SAD, do HGT, referência em Infectologia para o estado do RN, localizado na capital potiguar, Natal. Trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo quanti-qualitativo, sendo analisados 400 prontuários com os instrumentos específicos do serviço social, de abril de 2005 a abril de 2011. Deste total, 40 pacientes apresentaram Tuberculose 42%, chama a atenção a alta incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/AIDS 33%, outras 25% para Hepatite C, Hanseníase, Herpes e Meningite Bacteriana, predominância do sexo masculino 65%, maior de 60 anos de idade 39%, solteiros 62%, com baixa escolaridade 43%, renda familiar 52% (um salário mínimo), 62% para hábitos de vida (fumar e beber), elevada incidência 99% das residências eram de alvenarias, instaladas na zona oeste da capital potiguar, 40%, dos casos estudados, 88% dos cuidadores eram parentes dos pacientes, sendo que 87% eram as filhas as cuidadoras. Os resultados deste estudo foram de suma importância, pois proporcionou o conhecimento da população atendida na presente instituição. Constituindo-se na formação de dados significativos para elaboração do planejamento das políticas públicas de saúde estadual do idoso, propiciando ações de prevenção e controle destes agravos, uma melhor qualidade de vida para os sujeitos e coletivos, no resgate da cidadania, e para uma reflexão crítica sobre a temática e os envolvidos em questão, bem como a inserção do serviço social nesta expressão da Questão Social, clarificando o fazer profissional deste e as propostas de intervenção. Então, trata-se ao fim de tudo de uma questão de tempo e de procura, pois por mais sobrecarregado que esteja um determinado mercado de trabalho, o bom funcionamento de uma instituição, exige do profissional: maior responsabilidade, organização, dinamicidade, e competência. Palavras-chave: idosos, atenção domiciliar, assistente social, doenças infectocontagiosas.*

## INTRODUÇÃO:

Considerando Maciel (2007)<sup>i</sup> o avanço do conhecimento desafia a sociedade a buscar sempre novas experiências, novos saberes e novas atitudes. Os hospitais estão passando por este processo. Ao mesmo tempo em que se revestem de importância cada vez maior na solução para os problemas de saúde, tornam-se eles próprios, parte destes problemas.

Dessa forma, asseveram Franco, Bueno & Merhy (1999)<sup>ii</sup> surgiram na década de 1960 os serviços de atenção domiciliar e vêm se multiplicando no Brasil mais intensamente a partir da década de 1990, criando a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de implantação de políticas públicas com o objetivo de incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, conforme Brasil (2006)<sup>iii</sup> foi instituído pela Portaria do Ministério da Saúde/MS/GM 2.529/2006, o Programa de Internação Domiciliar (PID), complementa Brasil (2011)<sup>iv</sup> substituído pela Portaria do MS/GM 2.527/2011/GM/MS, que busca permitir aos municípios de menor porte serem contemplados, pelo programa MELHOR EM CASA, conhecido como Serviço de Atenção Domiciliar - SAD).

Conforme o Manual (2010)<sup>v</sup> a atenção domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Sinalizam Feuerwerker e Merhy (2008)<sup>vi</sup> o ambiente domiciliar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, (re)colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção.

Nesse contexto, sinaliza Almeida (2014)<sup>vii</sup>, foi implantado o SAD pela Secretaria Estadual de Saúde Pública - SESAP/RN em 2005, no Hospital Giselda Trigueiro (HGT), tendo origem nas políticas nacional e estadual de atenção à saúde do idoso.

A autora continua o SAD visa a desospitalização em tempo mais curto de pacientes, com algum grau de limitação física que necessite de maiores cuidados; redução dos riscos de Infecção Hospitalar; redução dos custos de tratamento, e proporciona uma forma alternativa assistencial de qualidade, aos portadores de doenças infecto-contagiosas a nível domiciliar, incluindo no planejamento terapêutico e psicossocial, a co-responsabilidade da participação dos seus familiares.

Assim, justifica-se um trabalho em equipe interdisciplinar, desse modo, ressalta Iamamoto (1985)<sup>viii</sup> parte-se do pressuposto de que a compreensão da profissão Serviço Social implica o esforço de inseri-la no conjunto de condições e relações sociais que lhe atribuem um significado nas quais torna-se possível e necessária.

A autora continua afirma-se como um tipo de especialização do trabalho coletivo, ao ser expressão de necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais no ato de produzir e reproduzir os meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada.

Para Almeida (2013)<sup>ix</sup> quando estes profissionais internalizam e reconhecem o seu significado nos diversos processos de trabalho nos quais se inserem, é possível desenvolver uma ação eficiente e eficaz, tanto pelo aparato teórico-metodológico, que lhes é particular, quanto pela consciência crítica do seu fazer que necessariamente deve estar articulado a proposta do Projeto Ético-Político que norteia o Serviço Social.

Dessa forma, este trabalho visa refletir sobre a ação interdisciplinar, enfatizando a práxis do Assistente Social, no Serviço de Atenção Domiciliar - SAD do Hospital Giselda Trigueiro – HGT, localizado na capital potiguar, Natal, referência em Infectologia para o estado do RN, haja vista, o objetivo maior do Serviço Social no SAD consiste em compreender a problemática da doença entre o paciente, a família, e o cuidador, a partir de uma visão de totalidade e na tentativa de contribuir para a efetivação dos direitos sociais, no resgate à cidadania.

**METODOLOGIA:**

Trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo quanti-qualitativo, no qual foram analisados 400 prontuários, com os instrumentos específicos do serviço social, entre os quais: os termos de compromissos (de admissão) do usuário e de responsabilidade do cuidador/família, da ficha Individual do paciente, e da ficha de evolução do serviço social, no período de abril de 2005 a abril de 2011.

Este tipo de assistência implica em visitas programadas (eram realizadas nos turnos matutino e vespertino, de 2ª às 6ª feiras e/ou dependia da complexidade (nos finais de semana e feriados) assistencial requerida, dos trinta pacientes (correspondendo a uma equipe, formada por: médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, 03 técnicos de enfermagem, e no apoio: motorista, secretária) com período de internação variando entre trinta a sessenta dias) nas quais são necessários determinados procedimentos de maior complexidade. Avaliação do paciente no leito hospitalar e participação na primeira visita domiciliar para levantamento, registro e avaliação das necessidades do cliente. Nesse processo o cuidador é um elemento essencial e responsável pelo cuidado no contexto domiciliar.

No turno matutino, na sala do SAD, as quintas-feiras, com as duas equipes interdisciplinares do Serviço, acontecem às discussões de casos clínicos, estudos técnico-científicos e encaminhamentos administrativos.

Segundo Vasconcelos (2007)<sup>x</sup>, a equipe busca as práticas interdisciplinares entendidas como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação das diferenças e convergências desses conceitos e, assim gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição, mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos.

**RESULTADOS:**

Dos 400 usuários internados no SAD, 40 pacientes apresentaram diagnóstico de Tuberculose 42%, chama a atenção à alta incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS 33%, outras 25% para Hepatite C, Hanseníase, Herpes e Meningite Bacteriana, predominância do sexo masculino 65%, maior de 60 anos de idade 39%, solteiros 62%, com baixa escolaridade 43%, e 62% para hábitos de vida (fumar e beber).

Elevada incidência 99% das residências eram de alvenaria, entretanto muitas delas não possuíam acabamento. Residiam na zona oeste de Natal, 40%. Cerca de 96% eram abastecidas por água tratada e 100% possuíam eletricidade.

A renda familiar foi informada pelos usuários do Serviço e foi calculada somando-se os salários e benefícios percebidos. Uma parcela relevante 27% das famílias não apresentavam nenhuma renda no momento da internação e viviam com a ajuda de parentes, amigos ou comunidade. Entre estas, nove chefes de família tinham renda incerta. A faixa de maior concentração de famílias com renda foi a de 1 a 2 salários mínimos, concentrando 50% das famílias. Recebiam benefícios 13% das famílias e 10% viviam exclusivamente desta renda.

No que diz respeito às condições de propriedade dos imóveis conhecidas em 47% as famílias eram proprietárias de seus imóveis. O percentual de 23% compartilhavam a residência de outras famílias, geralmente parentes, e 21% moravam em imóveis cedidos.

Considerando a relação de parentesco, dos casos estudados, 88% dos cuidadores eram parentes dos pacientes, sendo que 87% eram as filhas cuidadores. Em seis casos, 3,4%, residiam sozinhas. Quatro idosos eram cuidados em instituições. Os demais se distribuíram entre irmã, mãe, padrasto, prima, vizinha, e amiga.

Em relação aos cuidadores que responderam ao quesito escolaridade predomina o grupo com instrução até a 4ª série do nível fundamental, apresentaram um percentual de 37%. Apenas 16% cursaram o ensino fundamental completo. O número de analfabetos foi de quase 5%. Nenhum cuidador tinha curso superior.

No que se refere aos cuidadores que informaram a ocupação, 57% não exerciam atividade remunerada, sendo 55% donas de casa. Dos que exerciam atividade remunerada 12% eram empregadas domésticas e 16% eram auxiliares de serviço. Atividades que exigem especialização técnica foram muito pouco frequentes, apenas dois professores e um fisioterapeuta.

#### DISCUSSÃO:

Os dados foram analisados tendo os objetivos como norteadores gerais. Tomaram-se como parâmetros indicadores encontrados na literatura científica sobre o tema.

Este estudo evidenciou que os pacientes do SAD pertenciam a famílias de baixo nível sócio-econômico-cultural. As condições de moradia eram precárias. O número de famílias vivendo em situação inadequada sob o ponto de vista da equipe.

Cuidadores analfabetos ou com escolaridade (45%) muito baixa foram a regra neste estudo. Entretanto eles conseguiram, de forma eficiente, realizar suas atividades de cuidados e procedimentos com os pacientes. Foram considerados satisfatórios pela equipe em 93% dos casos.

Segundo Almeida, Luna & Nepomuceno (2012)<sup>xi</sup> nesta modalidade de assistência o vínculo com os pacientes e seus familiares ocorre em um núcleo delimitado de pessoas, em que os atores envolvidos estão distantes do controle habitual e constroem, eles próprios, a eficiência das atividades desempenhadas.

A ação multiprofissional reveste-se, portanto de um caráter de maior significância, pois o traçado do plano assistencial envolve pareceres técnicos de diferentes categorias e as condutas planejadas passam pela discussão ética da presença do profissional no domicílio do paciente. Possibilita às pessoas integrantes da equipe, sobretudo o assistente social a incorporação de um conceito abrangente de saúde, em que o paciente é entendido dentro do seu contexto social, econômico e cultural.

Em recente trabalho, Almeida e Câmara (2015)<sup>xii</sup>, versam que esta ação é sinônimo de abertura para o diferente, de respeito pela posição alheia, considerando que essa posição, ao nos advertir para os

nossos erros limites e ao fornecer sugestões, é necessário ao próprio desenvolvimento da nossa posição e, de modo geral da ciência.

A ausência da retaguarda do Hospital, no momento da ação, e a necessidade de tomada de decisões que podem envolver riscos ao paciente revestem esta equipe de uma grande responsabilidade.

Este compartilhamento de pareceres tem importância capital na segurança do trabalho realizado. Maciel (2007) Apud Sartain e colaboradores em 2002<sup>xiii</sup>, na Inglaterra, evidenciaram 17 % de re-internação no grupo estudado e sugeriram as peculiaridades que envolvem esta equipe como um dos fatores de influência. A autora cita Scarrabill (2002) chama a atenção em seu trabalho para a importância do investimento na formação de equipes multidisciplinares para este tipo de assistência.

O estudo evidenciou ser esta uma modalidade de assistência eficaz para os pacientes do SAD, mesmo considerando as precárias condições socioeconômicas das famílias e a complexidade dos pacientes assistidos. Pode constituir-se como alternativa importante à internação hospitalar convencional no HGT. Entretanto há necessidade de novos estudos, dentro da realidade brasileira.

Entretanto outros estudos deverão ser realizados na área da infectologia, com o objetivo de evidenciar cientificamente outras experiências e subsidiar análise comparativa com a internação hospitalar convencional, para possível implementação de melhorias no sistema de saúde brasileiro.

#### CONCLUSÃO:

Os resultados deste estudo contribuem para reflexão do trabalho em Equipe, sobretudo, deu visibilidade à importância do profissional Assistente Social, que norteia suas ações e práticas diante da compreensão da realidade vivenciada pelos pacientes/familiares/cuidadores. Assim, Mendes (2001)<sup>xiv</sup> sinaliza (re) colocando o usuário no lugar de sujeito do processo e menos objeto de intervenção, possibilitando segundo Rehem (2005)<sup>xv</sup> o empoderamento do paciente frente às novas necessidades, oferecendo-lhe mais autonomia e retorno do vínculo familiar.

Nessa perspectiva, corrobora Nicolau (2005)<sup>xvi</sup> a inserção dessa atividade, no processo de trabalho, é feita segundo sua caracterização como forma particular de serviço que se concretiza em espaços

institucionais/domicílios, visando à (re) produção material e espiritual da força de trabalho e das relações sociais. Assumindo essa particularidade, o trabalho do assistente social incide sobre a – consciência dos outros indivíduos sociais e de si próprio, objetivando a mudança de atos e comportamentos.

Conforme Oliveira (2012)<sup>xvii</sup> ao atuar no cotidiano e consecutivamente nos universos dos sujeitos, o Assistente Social tende a utilizar como estratégia de trabalho suas habilidades e competências, a exemplo na avaliação dos aspectos socioeconômicos que interferem no tratamento; na facilitação do contato da equipe interdisciplinar com familiares/cuidadores; na realização de orientações e encaminhamentos, afim de que suas articulações contribuam na busca e o acesso a rede de suporte social na comunidade, na efetivação dos direitos sociais, previdenciários, benefícios e aquisição dos equipamentos necessários para que o paciente tenha garantida a continuidade dos cuidados então recebidos no ambiente hospitalar, numa perspectiva da emancipação/transformação social.

O trabalho científico foi de suma importância, pois proporcionou o conhecimento da população atendida na presente instituição de referência em Infectologia para o estado do RN, a unidade hospital em questão. Constituindo-se na formação de dados significativos para elaboração do planejamento das políticas públicas de saúde estadual do idoso, propiciando ações de prevenção e controle destes agravos, uma melhor qualidade de vida para os sujeitos e coletivos, no resgate da cidadania, e para uma reflexão crítica sobre a temática e os envolvidos em questão, bem como a inserção do serviço social nesta expressão da Questão Social, clarificando o “fazer profissional” deste e as propostas de intervenção, de acordo com Iamamoto (2001)<sup>xviii</sup>, poderá alimentar ações inovadoras capazes de propiciar o reconhecimento e atendimento às efetivas necessidades sociais dos segmentos subalternizados, alvo das ações institucionais.

Então, trata-se ao fim de tudo de uma questão de tempo e de procura, pois por mais sobrecarregado que esteja um determinado mercado de trabalho, o bom funcionamento de uma instituição, exige do profissional: maior responsabilidade, organização, dinamicidade, e competência. E são estas as novas exigências postas para o Assistente Social, pois segundo Almeida apud Iamamoto (2013)<sup>xix</sup>, o profissional do serviço social, deve estar sempre se atualizando, frente às novas mudanças impostas pelo mercado, devendo deixar o profissional, na maioria das vezes, acomodado e passar a ser um

trabalhador polivalente, que tenha competência de executar qualquer tarefa que lhe seja imposta pelo mercado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- <sup>i</sup> Maciel, HFV. Análise descritiva de um programa de assistência ao paciente pediátrico internado no domicílio. Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente. Monografia do Curso de Mestrado em Medicina UFMG/CCS. Minas Gerais. 2007.
- <sup>ii</sup> Franco, TB; Bueno, WS & Merhy, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999. Acesso em 02 de março de 2014 <[www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf)>
- <sup>iii</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v.2, n.306, 20 out.2006.
- <sup>iv</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário** Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.
- <sup>v</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Atenção Domiciliar. Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, v. 3, p. 1, 2010.
- <sup>vi</sup> Feuerwerker, LCM e Merhy, EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev. Panam. Salud Publica, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.
- <sup>vii</sup> Almeida, EB. O papel do Serviço Social no Atendimento Domiciliar. Anais do I Congresso de Valorização Profissional da SESAP/RN. Natal/RN, 11 de dezembro de 2014.
- <sup>viii</sup> Tamamoto, MV. e Carvalho, R de. In. Relações sociais e serviços sociais no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 5ª Edição. Cortez editora. CELATS, 1985.
- <sup>ix</sup> Almeida, EB. O papel do serviço social no Hospital Dr. João Machado: referência em psiquiatria na capital potiguar (Natal-RN). Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Curitiba-PR, 23 a 26 de outubro de 2013.
- <sup>x</sup> Vasconcelos, AM. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação profissional e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2007.
- <sup>xi</sup> Almeida, EB. Luna, C. Nepomuceno AKRS. Doenças infecto-contagiosas: um estudo epidemiológico a partir dos registros do Programa de internação Domiciliar em um hospital no Rio Grande do Norte. Anais do CIAD 2012 – 11º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. São Paulo, p. 87, 2012.

- <sup>xii</sup> Almeida, EB. Câmara, AG. A práxis do Assistente Social em um Serviço de Atenção Domiciliar na capital do Rio Grande do Norte. Anais do II Congresso de Serviço Social do IMIP/VI Jornada de Serviço Social do IMIP: Intersetorialidade das Políticas Sociais do Assistente Social. Recife-PE, 21 a 23 de setembro de 2015.
- <sup>xiii</sup> Maciel, HFV. ANÁLISE DESCRITIVA DE UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE PEDIÁTRICO “INTERNADO” NO DOMICÍLIO. Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente. Monografia do Curso de Mestrado em Medicina UFMG/CCS. Minas Gerais. 2007.
- <sup>xiv</sup> idosos Mendes, W. *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001. 112p
- <sup>xv</sup> Rehem, TCMSB, Trad, LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasil, v. 10(sup), p. 231-242, 2005.
- <sup>xvi</sup> Nicolau, MCC. O Aprender do Fazer. Natal [RN]: EDUFRN – Editora da UFRN, 2005.
- <sup>xvii</sup> Oliveira, ABR. Intervenção do Serviço Social no Atendimento Domiciliar. Anais do CIAD 2012 – 11º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. São Paulo, p.109, 2012.
- <sup>xviii</sup> Iamamoto, MV. In: O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional. 5 Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2001.
- <sup>xix</sup> Almeida, EB. O Serviço Social face à Política de Saúde Mental no Hospital Dr.João Machado. Anais do 14º CBAS 2013 – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais: Impactos da crise do capital nas políticas sociais e no trabalho do/a assistente social. Águas de Lindóia-SP, 18 de outubro de 2013.