



Eixo: Política Social e Serviço Social.
Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

O TRABALHO DE CUIDADOS EM SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES AOS CUIDADORES E AOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL

SCHAIANNY LIMA RIOS¹
KELI REGINA DAL PRA²
THAYZE PEREIRA³
VINÍCIUS MARÇAL⁴
MICHELLY LAURITA WIESE⁵

Resumo: Discute-se o trabalho de cuidados em saúde, realizado no domicílio, modalidade crescente nos países, devido às transições demográficas e epidemiológicas. O estudo objetivou analisar o perfil dos cuidadores de programas de atenção domiciliar em duas cidades catarinenses e refletir sobre o exercício profissional da/o assistente social. A pesquisa qualitativa, desenvolvida através de entrevistas com cuidadores, indicou que: na família, as mulheres, assumem importante carga dos custos financeiros, sociais e emocionais do cuidado alterando as condições objetivas de vida e a intervenção da/o assistente social nos programas reforça a responsabilização da família atribuída institucionalmente, caracterizando-se como forma de privatização da saúde.

Palavras-chave: Trabalho de Cuidado; Família; Atendimento Domiciliar; Serviço Social.

EL TRABAJO DE CUIDADOS EN SALUD Y SUS IMPLICACIONES A LOS CUIDADORES Y PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL

Resumen: Se discute el trabajo de atención en salud, realizado en el domicilio, modalidad creciente en los países, debido a las transiciones demográficas y epidemiológicas. El estudio objetivó analizar el perfil de los cuidadores de programas de atención domiciliar en dos ciudades catarinenses y reflexionar sobre el ejercicio profesional de lo trabajador social. La investigación cualitativa, desarrollada a través de entrevistas con cuidadores, indicó que: en la familia, las mujeres, asumen importante carga de los costos financieros, sociales y emocionales del cuidado alterando las condiciones objetivas de vida y la intervención del trabajador social en los programas refuerza la responsabilización de la familia atribuida institucionalmente, caracterizándose como forma de privatización de la salud.

Palabras clave: Trabajo de Cuidados; Familia; Cuidado Domiciliar; Trabajo Social.

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: <schaiannyrios@hotmail.com>.

² Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Profissional de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Profissional de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina.

⁵ Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina.

1. INTRODUÇÃO

As determinações históricas e as reconfigurações no modo de produção da sociedade capitalista alteram as relações sociais em suas diversas dimensões, particularmente no mundo do trabalho, com impacto na produção e reprodução da vida social. No Brasil, a adesão ao projeto neoliberal, a partir dos anos 1990, associada à crise estrutural do capital, tem exigido maior responsabilização das famílias no provimento da vida e dos cuidados de seus membros (PASSOS, 2016a). A conjuntura de retração do papel do Estado, principalmente no âmbito da execução das políticas sociais e a adoção de medidas gerenciais, por meio de reformas administrativas com grande impacto na área da saúde, por exemplo, aproximou os serviços públicos da perspectiva mercadológica. Exemplo disso têm sido os serviços de atenção domiciliar (AD), que inicialmente desenvolvidos no âmbito privado, agora se expandem no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da estruturação do denominado Programa Melhor em Casa (PME).

Assim, o SUS que se constitui em direito universal e não diretamente contributivo, passa a ser apropriado pela lógica mercantil e privatista, imbricado por condições sucateadas no oferecimento dos serviços de saúde, principalmente pelo financiamento insuficiente para abarcar com o aumento das demandas impulsionadas pela transição demográfica (envelhecimento populacional) e epidemiológica (aumento das doenças crônicas não transmissíveis), haja vista a recente aprovação da Emenda Constitucional (EC) n. 95/2016 que estabelece um teto para os gastos com as políticas sociais (BRASIL, 2016).

As pontuações supracitadas chamam a atenção para a temática do cuidado em saúde exercido no âmbito da AD, uma vez que esta modalidade de atendimento tem se expandido, impulsionada pelas referidas transições ocorridas no Brasil nos últimos anos. Intenta-se apresentar algumas inquietações a respeito do tema no âmbito do Serviço Social, pois é sabido que desde o início do desenvolvimento de programas e ações desta natureza, a presença da/o assistente social junto às famílias é uma realidade.

A temática do cuidado domiciliar, exercido majoritariamente pela força de trabalho feminina, coloca em evidência a responsabilização da família na

esfera da reprodução social. O atendimento domiciliar busca racionalizar recursos e reduzir as demandas hospitalares com a diminuição do tempo de internação, ou seja, se desocupam os leitos hospitalares transferindo as tarefas de cuidados para o domicílio das famílias.

Esta tendência é acentuada com a intensificação das doenças crônicas não transmissíveis, e/ou a incapacitação para o trabalho, gerando o aumento das necessidades da população por serviços de saúde, visto que o acesso a estes serviços amplia a sobrevivência da população, ao mesmo tempo em que, geram mais custos hospitalares devido a alta tecnologia envolvida nos atendimentos. Desta forma a disponibilidade de leitos hospitalares torna-se cada vez mais escassa e insuficiente, sendo necessárias novas opções para o cuidado em saúde da população (SERAFIM; RIBEIRO, 2011).

Para este artigo, entende-se que o cuidado perpassa uma série de determinações que estão condicionadas pela sociabilidade burguesa e, é compreendido enquanto trabalho a fim de auxiliar na “satisfação das necessidades primárias dos indivíduos que se encontram incapacitados para realizá-las em determinados períodos e/ou por toda a vida” (PASSOS, 2016b, p.282).

Historicamente, o atendimento domiciliar surgiu nos Estados Unidos, na década de 1940 com a intenção de agilizar a alta hospitalar. Em outros países o interesse por esse tipo de atendimento surgiu com a necessidade de diminuição dos custos e a mudança do perfil da condição de saúde da população (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Já nos países da América Latina esta modalidade de atendimento teve início na década de 1980, com experiências na Argentina (ALBIERO, 2003). Segundo Feuerwerker e Merhy (2008, p.181), a organização do cuidado domiciliar denominada *home care*, teve início em 1990, preponderante em “empresas privadas e grandes centros”.

No Brasil, em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), “a primeira forma organizada de assistência domiciliar” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p.181). Este serviço era responsável pelo atendimento de urgência aos segurados e beneficiários da Previdência Social, ou seja, aqueles que possuíam um vínculo empregatício formal e que fizessem parte da gama de setores associados e registrados nos Institutos e

Caixas de Aposentadorias e Pensões.

Em 1967, o Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo criou o sistema de assistência domiciliar para atender principalmente os pacientes com doenças crônicas, e mesmo anteriormente a sua implementação, já ocorria o serviço de fisioterapia domiciliar em pacientes portadores de seqüela de acidente vascular cerebral. As posteriores iniciativas de implementação de serviços de assistência domiciliar são bem mais recentes, como em hospitais públicos, empresas, seguradoras de saúde, cooperativas médicas, prefeituras e outras empresas específicas de assistência domiciliar (MENDES, 2001).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o PME, com o objetivo de estimular e ampliar o processo de desospitalização no âmbito do SUS. Para isso, regulamentou e redefiniu toda a AD e os programas de atendimento domiciliares já existentes no país, através da atual Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013). O PME é indicado para pacientes com incapacidades temporárias ou permanentes, sendo criado sob justificativa de que este modelo traria uma série de benefícios aos usuários, uma vez que possibilitaria a continuidade do tratamento no “conforto de casa”, além de diminuir os riscos de infecções hospitalares (BRASIL, 2018).

Os serviços de AD contam com equipes multiprofissionais para desenvolver um conjunto de ações, sendo prioritariamente médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta. Podem ainda contar com fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, odontólogo, psicólogo, assistente social e farmacêutico. Nestes serviços, o assistente social é requisitado a atuar no tensionamento entre a família e a responsabilização pelo cuidado. Iamamoto (2011, p.232) ao problematizar a existência de novos programas no âmbito das políticas sociais destaca que os mesmos são travestidos de uma forma “comunitária, dotada de cidadãos solidários dedicados a um empreendimento voltado ao bem comum, dentro de uma ampla estratégia de mistificação. O velho conservadorismo mostra sua face maquiada, apresentando-se como novidade tanto na sociedade como na profissão”.

Assim, o presente artigo expõem os resultados de uma pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) cujo objetivo geral foi analisar o perfil dos cuidadores de dois programas de AD (sendo um público e outro privado) desenvolvidos em cidades localizadas na região litorânea do estado de Santa Catarina. Em relação aos aspectos metodológicos do estudo, no programa de AD de natureza pública o contato inicial com os cuidadores familiares ocorreu a partir de visitas domiciliares com o objetivo de coletar dados por meio de entrevistas semiestruturadas. O período de ida a campo ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2016. Na época o programa atendia 18 usuários e deste total 15 foram entrevistados, sendo 11 moradores do município A e 07 do município B.

No âmbito do programa de AD privado, foi realizado um levantamento de informações referentes aos cuidadores de familiares por aplicação de questionário durante as visitas domiciliares em acompanhamento com a equipe médica. Estas visitas ocorreram nos meses de março a maio de 2017 e do total de 195 pessoas/famílias foram entrevistados 18 cuidadores familiares.

Em relação à estruturação do artigo apresentam-se inicialmente as características dos programas de AD estudados, o perfil dos cuidadores e usuários em atendimento domiciliar, reflexões sobre a inserção e exercício profissional dos assistentes sociais nos referidos programas e as principais análises das informações coletadas.

2. CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR ESTUDADOS

Inicia-se a apresentação dos programas de AD estudados, com a caracterização do programa de natureza pública que foi fundado em 1993 e é vinculado a um hospital localizado na região litorânea de Santa Catarina. Sua área de abrangência compreende dois municípios e seu público alvo são os pacientes internados no hospital.

A inserção de usuários neste programa é realizada a partir do diagnóstico de: Acidente Vascular Cerebral (AVC); doença cerebral e suas sequelas; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); diabetes e suas

sequelas; doenças infecciosas; traumatismo crânio-encefálico e raquimedulares e outras patologias dependentes de avaliação prévia. Além disso, é indispensável residir na área de abrangência e possuir um cuidador responsável (MARÇAL, 2016).

O encaminhamento do usuário é realizado pela equipe de enfermagem da unidade de internação e, a partir de então é realizada uma triagem pelo profissional de Serviço Social, equipe de Enfermagem e equipe Médica do programa. Ao Serviço Social cabe o primeiro contato com a família do usuário em função das orientações sobre o funcionamento e os critérios do programa como: área de abrangência de moradia e condição obrigatória da presença de ter um cuidador, além das “normas do serviço”, como por exemplo, a participação em reuniões mensais com a equipe.

Entre os instrumentais técnico-operativos utilizados pelo assistente social estão: a realização de visitas domiciliares e a entrevista. A entrevista é realizada com família do usuário, ainda no período de internação e tem por objetivo conhecer a realidade familiar e observar se a mesma preenche os critérios de admissão no programa. Logo após é agendada uma visita domiciliar com o objetivo de orientação e aproximação da família. O profissional de serviço social, nesse espaço também atua como mediador em situações de conflitos seja entre os membros da família ou entre a equipe. E é especialmente demandado a intervir em casos de sobrecarga do cuidador, devido a falta de compartilhamento do cuidado entre os membros da família, situação mais expressiva geralmente em famílias extensas.

Já o Programa de natureza privada fundado em 1999, atualmente está vinculado a uma instituição que atua na área da saúde na região litorânea e sua área de abrangência compreende quatro municípios. Seu público alvo compreende usuários com incapacidade de locomoção, acamados, dependentes ou independentes, cuidados paliativos e que possuem doenças ou problemas de saúde incapacitantes como: doenças neurodegenerativas, neoplasias em fase paliativa, DPCO, paralisia cerebral, AVC, atrofia muscular espinhal, tratamento de antibioticoterapia endovenosa para infecções, fisioterapia em condições agudas (como recuperação pós-operatória e sequelas pós-trauma) (PEREIRA, 2016).

Os encaminhamentos ao programa são realizados pelo médico do usuário. Após é feito um cadastro para verificar os critérios de elegibilidade do usuário para uma avaliação clínica, como: tipo de plano de saúde e área de abrangência. Dentro dos critérios o usuário terá uma avaliação médica no domicílio ou no hospital onde está internado. Dentre outras questões, são avaliadas se o usuário possui um cuidador/familiar, condições de moradia do domicílio, higiene, saneamento básico, ventilação e se o domicílio está em condições de abrigar uma pessoa enferma a partir da patologia e grau de dependência. O programa só realiza a admissão do usuário no momento em que este tenha um cuidador. O cuidador/familiar deverá de alguma forma, saber ou aprender a manipular as atividades com o usuário, deverá ter o máximo de cuidado independente da patologia e ter noção de medicamentos e cuidados com a higiene e conforto da pessoa (DANIEL, 2011). O serviço social tem como sua principal área de atuação o momento inicial da inserção do usuário no programa. Dessa forma, na primeira visita de avaliação do usuário para a entrada no programa o/a assistente social acompanha a equipe médica, seja no domicílio ou no hospital, com intuito de conhecer a dinâmica familiar e a forma com que esse usuário será recebido e as condições em seu domicílio após o adoecimento, como também verificar quaisquer necessidades de insumos para a internação em casa, como: cama hospitalar, cadeira de rodas, medicamentos, equipamentos, entre outros. O programa não fornece esses materiais, porém o/a assistente social faz os devidos encaminhamentos à rede pública, do terceiro setor ou à justiça, quando for o caso.

O perfil para entrada de novos usuários no programa é dado exclusivamente pelo médico, então após a avaliação positiva, o/a assistente social realiza a admissão do usuário por meio de orientação e assinatura do termo de adesão ao programa com o familiar responsável.

Em ambos os programas o cuidador é figura obrigatória para a inserção e acesso dos usuários e se constitui naquele que executa o trabalho de cuidados, historicamente naturalizado pela sociedade capitalista como trabalho de reprodução social prestado pelas famílias de forma gratuita. Segundo Rafacho e Oliver (2010) o cuidador é aquele que presta cuidados a alguém que apresente algum tipo de impossibilidade, seja momentânea ou permanente.

Conforme o Guia Prático do Cuidador, entre as principais atividades realizadas pelos cuidadores estão: administração de medicações, comunicação com a equipe sobre a alteração do quadro de saúde do usuário, realização dos cuidados com a higiene e atividades da vida diária, etc. (BRASIL, 2008). No entanto, a partir da realidade de famílias catarinenses inseridas no PME, estudos indicam que o trabalho de cuidar exige conhecimentos técnicos dos cuidadores - que na maioria são familiares dos usuários sem formação especializada para o exercício desta atividade (DAL PRÁ; WIESE; MIOTO, 2018; GRAH, 2018).

Para Teixeira (2015) na atualidade o sistema de proteção social legitima e legaliza este modelo de responsabilização, sendo as obrigações familiares passíveis de ser reclamadas judicialmente em caso de não cumprimento, como forma de punição às famílias que não assumem suas responsabilidades. Esta responsabilização das famílias pelos cuidados também é reforçada pela intervenção dos profissionais de saúde, dentre eles os assistentes sociais inseridos nos programas de AD que acabam por corroborar com práticas autoritárias e de culpabilização das famílias. Exemplo disso é a afirmação de Maida (2013, s/p) ao se referir sobre a atuação da/o assistente social em serviços de AD. Segundo ela, esta deveria ser voltada a “[...] evitar conflitos que geram perda de tempo, resistência em acatar as determinações dos profissionais, insatisfações, retrabalho e no fim, evitar e minimizar prejuízos a toda a cadeia assistencial”. Dentre os resultados da pesquisa, chamou atenção a associação realizada pelos profissionais de saúde das equipes dos programas de AD ao exercício profissional da/o assistente social cristalizado em ações voltadas a adesão dos usuários aos programas e a consequente aceitação das normas institucionais, que em geral responsabilizam as famílias por toda a natureza de cuidados, sem o necessário suporte do SUS ou da instituição privada de saúde e a mediação de conflitos entre a família e a equipe de saúde e ou entre a família e as responsabilidades de cuidado com o usuário.

No cotidiano do exercício profissional em alguns dos programas de AD, tem-se passado ao largo das premissas do Projeto Ético Político de autonomia dos usuários e da universalização de serviços sociais, ao contrário, tem-se

trabalhado na perspectiva de uma política social restritiva reforçando sua herança familista.

3. O PERFIL DOS CUIDADORES DE USUÁRIOS EM ATENDIMENTO DOMICILIAR

Após apresentar as características dos programas de AD, este item destaca os dados de perfil e a realidade dos cuidadores de usuários em atendimento domiciliar nos dois programas pesquisados. Inicia-se a exposição com os dados de idade e sexo dos usuários em cuidado domiciliar para compreender os cuidados necessários a estas pessoas e as implicações para os cuidadores.

Tabela 01 – Dados das pessoas em cuidado domiciliar (usuários)

Itens Abordados		Programa Público	Programa Privado
Sexo	Feminino	07	10
	Masculino	08	08
Faixa etária	17-40	02	-
	41-60	05	03
	61-80	07	06
	81-100	01	09

Fonte: Pereira (2016); Marçal (2016).

No programa de AD público percebe-se que a maioria dos usuários são do sexo masculino, sendo oito no total e no programa de AD privado a maioria é do sexo feminino, sendo dez usuárias. Com relação à idade percebe-se nos dois programas que há uma predominância de pessoas idosas. Ao se observar os dados entre os programas, há uma diferença na predominância da faixa etária: no programa privado nove idosos apresentam idade acima de 81 anos e no programa público os usuários concentram-se em idade produtiva e idosos nas faixas etárias entre 41 a 80 anos de idade.

A pesquisa evidenciou que se trata na maioria de usuários idosos e muitos com idade avançada. Devido a isso é importante conhecer quem é o cuidador que tem assumido os cuidados especializados em saúde no espaço

domiciliar.

Tabela 02 – Dados das/os cuidadoras/es domiciliares

Itens Abordados		Programa Público	Programa Privado*
Sexo	Feminino	13	22
	Masculino	02	03
Faixa etária	17-40	03	05
	41-60	08	11
	61-80	04	04
	81-100	-	01
Vínculo com o usuário	Avós	01	-
	Cuidador/a contratado/a	-	7
	Esposo/esposa	2	7
	Filho/filha	06	8
	Irmão/irmã	03	01
	Mãe/pai	03	01
	Nora	-	01
Tipo de Cuidador	Formal	---	05
	Informal	15	20
Vínculo de Trabalho	Trabalhava e parou em decorrência do cuidado	11	3
	Não trabalha	04	6
	Trabalha e cuida	-	16

*A quantidade de cuidadora/es não refletirá 18 pessoas como a quantidade de usuários, pois em determinadas situações mais de uma pessoa exercia os cuidados de um único usuário.
Fonte: Pereira (2016); Marçal (2016).

Se, em relação à idade dos usuários dos programas, predominavam idosos com mais de 61 anos, a idade dos cuidadores predomina entre 41 e 60 anos de idade em ambos programas. Novamente se demonstra uma

proximidade entre a realidade do setor público e privado.

A partir dos dados da Tabela 02 é possível constatar que, tanto no programa público como privado, há a predominância de cuidadoras familiares do sexo feminino. Ou seja, observa-se que recai sobre a mulher o peso e a responsabilidade sobre o cuidado em saúde. Esse processo de feminização do cuidado e responsabilização das mulheres no interior das famílias está ligado à construção social de que o cuidado é um “trabalho feito gratuitamente, considerado por muitos uma forma das mulheres expressarem amor aos filhos e aos companheiros, uma maneira de exprimir o amor que elas sentem pelos seus familiares” (HIRATA, 2012, p.285).

Ao perceber que a responsabilização do cuidado familiar em saúde recai sobre as mulheres, se faz importante conhecer qual o vínculo que se estabelece entre quem é cuidado e o cuidador. Referente ao vínculo do cuidador com o usuário pode-se indicar, nos dois programas, que são as filhas cuidando de seus pais acamados. Uma diferença entre o programa público e o privado é a inexistência de cuidadores contratados (pagos) no programa público, enquanto no programa privado este é o segundo maior índice junto com esposo/esposa.

Para entender esta relação, na Tabela 02 se apontam o tipo de vínculo do cuidador em saúde (formal ou informal). Por cuidado formal entende-se o trabalho remunerado e com carteira assinada, enquanto o cuidado informal é o trabalho sem vínculo empregatício, porém podendo ser remunerado ou não.

Segundo os dados apresentados, a maioria dos cuidadores nos dois programas é de cuidadores informais, ou seja, são familiares que assumem a responsabilidade sobre o cuidado de seus entes, sem receber nenhum tipo de remuneração para executar a atividade. Porém, identifica-se que no programa privado há cuidadores informais que recebem remuneração oriunda dos próprios familiares.

O último dado analisado aponta o impacto da responsabilidade de assumir o cuidado familiar e a permanência no mercado de trabalho. No que se refere ao vínculo de trabalho, percebe-se uma diferença significativa entre os dois programas. No programa público, a maior parte dos cuidadores parou de trabalhar para exercer a atividade de cuidador domiciliar de seu familiar (11 ao

total). Além disso, nenhum dos entrevistados estava exercendo atividade remunerada naquele momento. Enquanto no programa privado, a maior parte dos cuidadores (64%) possui vínculo de trabalho, 24% dos cuidadores não trabalham e 12% pararam de trabalhar para cuidar de seus familiares.

Desta forma, em espaços ocupacionais como em programas de AD, o assistente social é desafiado a intervir junto às famílias onde a maioria dos cuidadores encontram-se sobrecarregados pela responsabilização familiar e pelos impactos que a rotina diária de cuidados proporciona. Ao conhecerem a realidade das famílias inseridas nestes programas, os assistentes sociais possuem instrumentos para propor o planejamento de ações com os cuidadores, e mais, promover a ampliação da rede de serviços no atendimento das necessidades sociais e de saúde dessas famílias a fim de desobrigar e desnaturalizar o cuidado como algo inerente à família e a mulher.

Identificou-se que as ações mais comuns dos programas de AD para os cuidadores, seguem uma perspectiva instrumentalizadora, voltada para capacitações técnicas de como lidar com o usuário e sua doença, ou de proporcionar momentos de alívio da tensão pela sobrecarga dos cuidados em rodas de conversa e trocas de experiência, sem alterar a dinâmica dos serviços em prol da satisfação das necessidades das famílias.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível reconhecer que o cuidado é um tema que requer estudos e aprofundamentos diante da atual dinâmica da sociedade brasileira. Cuidar faz parte da dimensão humana, mas tem se tornado um processo de mercantilização ao imprimir às famílias cada vez mais a responsabilização do cuidado, o que acarreta uma série de alterações na dinâmica individual e familiar.

A partir da pesquisa foi possível perceber a responsabilização da família nos cuidados domiciliares em saúde de seus familiares adoecidos. Essa responsabilização é transferida à família desde a saída do usuário do hospital, pois, para ser recebido em casa é necessário que a família ofereça todo o suporte físico e material, que antes era fornecido pelo hospital, conforme a

necessidade de cada usuário.

A carga de responsabilidades advinda da transferência dos cuidados hospitalares ao domicílio tende a aumentar no contexto de contrarreformas que vem sofrendo a política pública de saúde brasileira. A tendência será de privatização do cuidado para o mercado - no caso das famílias que poderão pagar e nos casos em que as famílias não podem custear esses serviços, resta o trabalho/cuidado familiar não remunerado, majoritariamente feminino.

Esse cuidado que durante a hospitalização era realizado pelos profissionais técnicos do hospital, na alta fica sob a responsabilidade do cuidador, que pode ser um familiar ou uma pessoa contratada. O cuidado familiar em saúde inicia na internação domiciliar do usuário, onde todas as orientações relacionadas ao cuidado são passadas à família, esperando que ela dê conta das demandas que surgem com o adoecimento do familiar, assim como das mudanças que ocorrem na sua dinâmica em família.

É possível observar que, a maior dificuldade é a questão da sobrecarga, os revezamentos, os desentendimentos e o desencadeamento de doenças que surgem como consequência aos familiares que cuidam e ficam responsáveis pelos usuários (DANIEL, 2011). De acordo com Albiero (2003, p.33), ao se tratar do cuidado, a família é ressaltada, pois a ela é atribuído os cuidados, “organizada no espaço privado, como o lugar do cuidado e para o cuidado acontecer”. Entretanto, as famílias não permanecem as mesmas, assim como as necessidades do cuidado também se alteram. As transformações na organização das famílias são constantes, ocorrem de acordo com cada especificidade cultural e econômica de cada sociedade e época.

Pelo perfil identificado na pesquisa, é notório constatar como o cuidado familiar em saúde ainda está intrinsecamente atrelado ao papel feminino, pensado como algo natural. Não se apresenta distinções se as famílias acessam o serviço público ou privado de saúde e, se possuem recursos financeiros ou não para o pagamento do cuidado, a responsabilidade recai sobre as mulheres.

Ao serviço social cabe o desafio constante em não assumir uma postura de responsabilização da família por um serviço que o Estado tem se ausentado. Nos programas de AD em que o assistente social compõe a equipe

mínima, sendo público ou privado, foi possível - diante da pesquisa realizada - observar que há uma tendência de se esperar que este realize o reforço de uma perspectiva clínica, de atendimento psicologizante, com adaptação da família as normas do programa e da instituição. Assim, diante dos retrocessos de direitos sociais, inclusive o direito de um SUS universal, gratuito e de qualidade, se faz necessário estar atento as atribuições que as instituições e serviços infligem aos profissionais de saúde, pois contradiz sua competência profissional.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, Cleci Elisa. **Assistência domiciliar como modalidade de atendimento à saúde no contexto da família e das políticas sociais**. 2003. 182 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

BRASIL. **Melhor em Casa**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 21 mar. 2018.

_____. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114723-20141104105056portaria-n-963-de-27-de-maio-de-2013-legislacao-federal.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2018.

_____. **Guia prático do cuidador**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

DAL PRÁ, Keli Regina; WIESE, Michelly Laurita; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Política social e acesso à justiça: um estudo sobre a judicialização das demandas sociais de Saúde e Assistência Social**. Relatório Final CNPq. 2018. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

DANIEL, Samara Marlene. **Reflexões sobre a interdisciplinaridade a partir**

do trabalho de uma equipe de saúde de um programa de atenção domiciliar. 2011. 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], p.180-8, 2008.

GRAH, Bruno. **O Programa Melhor em Casa enquanto arquétipo do familismo na política de saúde e suas nuances no estado de Santa Catarina.** 2018. 181 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

HIRATA, Helena Sumiko. O desenvolvimento das políticas de cuidados em uma perspectiva comparada: França, Brasil e Japão. **Revista de Políticas Públicas**, [S.l.], p.283-290, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MAIDA, Sueli. **A importância da Assistência Social no serviço de home care: HM Gestão Empresarial.** 2013. Disponível em: <<https://hmgestao.wordpress.com/2013/05/22/a-importancia-da-assistencia-social-no-servico-de-home-care/>>. Acesso em: 10 maio 2018.

MARÇAL, Vinícius Adolfo Corrêa. **Programa de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar: a realidade dos cuidadores familiares frente à ineficácia das políticas públicas e a sobrecarga gerada pela função.** Projeto de Intervenção em Estágio de Serviço Social II. Curso de Graduação de Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2016.

MENDES, Walter. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino.** 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

_____. Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 126, p. 281-301, 2016.

PEREIRA, Thayze. **Proposição para a Formação de Encontros de Cuidadores Familiares.** Projeto de Intervenção em Estágio de Serviço Social II. Curso de Graduação de Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2016.

RAFACHO, Marília; OLIVER, Fátima Corrêa. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a Estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 41-50, 2010.

SERAFIM, Alexandre Peixoto; RIBEIRO, Antônio Bento. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**, [S.l.], p.163-168,2011.

TEIXEIRA, Solange Maria. Política Social contemporânea: a família como referência para as Políticas Sociais e para o trabalho social. In: MIOTO, Regina. Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria. (Org.) **Familismo Direitos e Cidadania contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015, p.211-239.