

A EXPERIÊNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O PROGRAMA HOME CARE DA LIGA DE DOR DA UFTM¹

Verena Conti²

Raquel Maria Cassimiro Magnabosco³

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosane Aparecida de Sousa Martins

RESUMO: Na década de 1980, com o processo de democratização política, a saúde foi o cenário central de um amplo debate acerca das condições de vida da população. Buscava-se a universalização do acesso direito do cidadão e dever do Estado. Já na década de 1990, com a política neoliberal, houve um importante retrocesso. Apesar de a Constituição Federal garantir o acesso universal à saúde, o Estado deixava de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, ficando a saúde vinculada ao mercado, tendo, a sociedade civil, de assumir os custos da crise. Em meio a esse cenário, os assistentes sociais intensificaram as discussões acerca do Projeto da Reforma Sanitária e do Projeto ético-político da categoria que tinha, por princípios, o reconhecimento da liberdade como valor ético central e a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. Na educação em saúde, o Serviço Social tem atuado em ações de prevenção e promoção de saúde, utilizando-se de programas e projetos criados nos espaços ambulatoriais, salas de espera, acolhimento, home care, dentre outros. No trabalho profissional do assistente social em Home Care, os princípios do projeto ético-político são reforçados através de ações que caracterizam o Modelo Cálgary de Avaliação e Intervenção Familiar, que visam despertar o senso crítico do paciente, familiares e/ou cuidadores, buscando otimizar cuidados e técnicas para o controle da dor crônica.

PALAVRAS-CHAVE: Home Care, Educação em Saúde, Exercício profissional.

ABSTRACT: In the 80s, with the process of political democratization, health was the main scenario of an ample debate concerning the living conditions of the population. People were pursuing universalization of access, as well as the understanding of health as being a right of the citizen and a duty of the State. In the 90s, with the neo-liberal philosophy in politics, there was an important regression. In spite of the fact that there is in the Federal Constitution the guarantee of universal access to health, the State is no more the direct responsible entity for economical and social development. Thus health becomes linked to the market, and the civil society has to take over the costs of the crisis. In the middle of all this, the social assistants intensified discussions concerning the Project of Sanitary Reform and the Ethical-political Project of their category, which has among its principles the recognition of freedom as the central ethical value, and the construction of a new social order, without domination and /or exploration of class, ethnicity or gender. In education in health, the Social Service has worked in preventive actions and promotion of health, by means of programmes and projects brought about in the out-patient clinics, waiting rooms, reception area, home care, among others. In the professional work of the social assistant in Home Care, the principles of the ethic-political project are reinforced by means of the actions that characterize the Calgary model of Evaluation and Family Intervention, which aim at awakening the critical sense of the patient, family and/or career, in an attempt at optimizing the technical care for control of chronic pain.

KEY WORDS: Home Care, Education in Health, Professional Exercise.

¹Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Docência na Educação Superior da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM . Uberaba-MG.

² Assistente Social do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triangulo Mineiro e Instituto de Cegos do Brasil Central, graduanda do Curso de Especialização em Docência na Educação Superior da UFTM. Email:verenaconti@hotmail.com

³Assistente Social do Projeto CURA e Analista Social do Programa Central de Penas Alternativas-CEAPA.Cassimirokel@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Nos anos 80, a sociedade brasileira vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, assim como uma profunda e prolongada crise econômica. A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil.

Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos, assumindo uma dimensão política estreitamente vinculada à democracia. Os personagens que se destacaram nessa conjuntura foram: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades; o movimento sanitário; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Nesse contexto, o projeto ético-político do Serviço Social reforçou a discussão acerca da relevância dos profissionais do Serviço Social na área da saúde e a luta pela implementação e efetivação de um Sistema Único condizente com o que preconiza a Constituição Federal de 1988.

Desta forma, o assistente social da saúde deve promover ações que estejam articuladas com a proposta do SUS; com a criação de estratégias voltadas para a efetivação dos direitos da população, considerando o código de ética profissional, de modo que a prestação de serviço atenda às demandas sociais da contemporaneidade. Entre as ações e atividades de competência do assistente social na saúde destaca-se neste artigo a atuação em atividades, programas e projetos com foco na educação em saúde.

A Educação em Saúde é um dos mais importantes elos de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes. E, nesta dinâmica, atender, inclusive, a grande demanda de dor crônica, uma das principais causas de

procura por assistência médica atualmente, por meio do Home care na Liga da Dor da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM.

O atendimento em Home Care representa uma estratégia de atenção à saúde, englobando muito mais do que um simples atendimento médico-residencial padronizado, tornando-se um método aplicado ao cliente que enfatiza sua autonomia, esforçando-se em realçar suas habilidades funcionais dentro do seu próprio ambiente, o que envolve planejamento, coordenação e apoio de outros serviços da comunidade local.

Ao refletirmos sobre a contribuição do trabalho do Assistente Social na Educação em Saúde, feito em Home Care, percebemos da importância, tanto do trabalho em equipe, quanto do trabalho do profissional do serviço social junto aos pacientes vítimas de patologias que resultam em um processo crônico e doloroso, a exemplo das cefaléias, da Síndrome da Fibromialgia e das neoplasias, dentre outras.

O PROCESSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES INICIAIS

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal, as discussões centrais versaram sobre: A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento setorial.

A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, introduziram-se avanços que buscavam corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

O texto constitucional, com relação à Saúde, atendia às reivindicações do movimento sanitário, prejudicando os interesses empresariais do setor hospitalar, e não alterava a situação da indústria farmacêutica.

Para Teixeira (1989), os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram: o direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; as ações e Serviços de Saúde

passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde como complementar, preferencialmente, com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos.

Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-iam mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estivessem seguindo os termos contratuais; proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

No final da década de 1980, já havia dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passaram a dirigir o setor a partir de 1988.

A burocratização da reforma sanitária, segundo Fleury (1989), afastou a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da reforma teve dois elementos em tensão: o reformador - imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário - que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população.

Considerava-se que a construção democrática era a única via para que se conseguisse a Reforma Sanitária e a mobilização política, uma de suas estratégias. O desafio foi colocado para os setores progressistas da Saúde que deveriam ser viabilizados na década de 1990.

Nos anos 90, com os ajustes da política neoliberal, o Estado deixou de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para tornar-se o promotor e regulador, transferindo, para o setor privado, as atividades que antes eram suas.

Assim, houve a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. A proposta de Política de Saúde, construída na década de 1980, foi sendo desconstruída.

A Saúde ficou vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma por assumir os custos da crise. A refilantropização era uma de suas manifestações, com a utilização de agentes comunitários e cuidadores que realizavam atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do Governo Federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, destacando-se o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa priorizando-se a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde.

A Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico.

O Projeto de Reforma Sanitária tinha como uma de suas estratégias o SUS, que foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular.

Tal projeto, articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, pautava-se na Política de Ajuste que tinha como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

A tarefa do Estado, nesse projeto, consistia em garantir um mínimo aos que não podiam pagar, ficando o setor privado encarregado do atendimento aos que possuíam acesso ao mercado. Suas principais propostas eram: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Costa, 1996).

A universalidade do direito foi um dos aspectos que provocaram resistência por parte dos formuladores do projeto “Saúde voltada para o mercado”. Esse projeto tinha como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

Quanto ao atual governo, a análise que se faz é que a política macro da economia, em comparação ao antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão

indissociáveis e subordinadas à lógica do capital. Nessa setorialização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo-se a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social.

Como aspectos de inovação da política de saúde do atual governo, cabe ressaltar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do Ministro da Saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores - CUT- para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma, foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS que não estão sendo enfrentados, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos.

As transformações ocorridas nas esferas sociais, econômicas, políticas e culturais no Brasil têm acarretado uma crescente ameaça às propostas da contra reforma, impulsionando a categoria de assistentes sociais a discutir o trabalho e exercício profissional.

Nesse contexto, o projeto ético-político do Serviço Social reforçou a discussão acerca da relevância dos profissionais do Serviço Social na área da saúde e a luta pela implementação e efetivação de um Sistema Único condizente com o que preconiza a Constituição Federal de 1988.

Para melhor atender a crescente demanda por serviços de saúde, os profissionais do serviço social tem buscado qualificação permanente, o que se evidencia no aumento da procura por cursos de pós-graduação, tanto Lato Sensu como Stricto Sensu. Os espaços de controle social também tem sido estratégia no que diz respeito à luta pela garantia de direitos.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca e a luta incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições a profissão, articulados aos princípios dos projetos

de reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social [...] (IAMAMOTO et al orgs TEIXEIRA, 2006:213).

Assim, os obstáculos que se apresentam na contemporaneidade, no exercício profissional do assistente social da área da saúde, requerem um compromisso, não só com o projeto ético-político, mas também, ao projeto da reforma sanitária, numa perspectiva de universalização do direito à saúde e sua defesa como direito.

É neste cenário que se configuram as recentes práticas do assistente social, de modo que seu exercício profissional esteja voltado para uma *práxis* pautada na ética para melhor responder às expectativas dos usuários.

[...] O Serviço Social como uma especialização do trabalho coletivo, inscrito na divisão social e técnica do trabalho, colocando em relevo o caráter contraditório do exercício profissional, porquanto realizado no âmbito de interesses e necessidades de classes sociais distintas e antagônicas (IAMAMOTO, 2000:10).

Nesta perspectiva, o exercício profissional do assistente social se caracteriza pelo processamento das relações de produção e reprodução das relações sociais, especificamente na produção da força de trabalho, através da ideologia predominante e nas lutas e contradições sociais.

E, nestes novos tempos, verifica-se o agravamento das diversas expressões da questão social, de modo que as demandas dos serviços sociais, frente às políticas sociais, crescem e impõem critérios na obtenção dos direitos sociais. De forma que:

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 [...] (IAMAMOTO, 2000:20).

Sob esta ótica, o assistente social deve perseguir uma prática propositiva, criativa e transformadora e, conseqüentemente, negar as práticas voltadas apenas para um fazer administrativo e/ou tarefairo. Deve buscar ser competente para contribuir para a implementação das políticas sociais públicas.

Assim, pensar o exercício profissional do assistente social na saúde requer:

Analisar a ação do assistente social na saúde e reforçar a concepção de especialização nas diversas patologias médicas, situação que tem sido

colocada pelas demais profissões de saúde como necessárias de superação (CEFES, 2009:14).

Desta forma, o assistente social da saúde deve promover ações que estejam articuladas com a proposta do SUS; com a criação de estratégias voltadas para a efetivação dos direitos da população, considerando o código de ética profissional, de modo que a prestação de serviço atenda às demandas sociais da contemporaneidade.

O PROGRAMA DE HOME CARE DA LIGA DE DOR DA UFTM E O TRABALHO DESENVOLVIDO PELO ASSISTENTE SOCIAL

A realidade do trabalho profissional do Assistente Social no Home Care tem-se constituído em um espaço de educação para cuidados e ações de saúde imprescindíveis para um comportamento, reconhecidamente, passível de direitos e deveres de seus usuários, enquanto cidadãos. O trabalho em Home Care requer a atuação de uma equipe interdisciplinar, com objetivos comuns, clara definição de papéis, suporte e engajamento, respeito, comunicação, competência e habilidades, aptidão dos membros da equipe para funcionar como uma unidade. Tais características pressupõem que os membros da equipe possuam uma compreensão compartilhada de regras, normas e valores; que as funções da equipe ocorram de maneira independente, igualitária e cooperativa; que os efeitos da tomada de decisão constituam um benefício para o paciente. A equipe atua em nível da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

A equipe da Liga e Clínica de Dor da UFTM, composta por médico neurologista, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e acadêmicos das referidas áreas, desenvolve o trabalho em Home Care , iniciado em 2006, com visitas semanais previamente agendadas com os pacientes portadores de dor crônica, atendidos na Clínica de Dor do Hospital de Clínicas da UFTM. Cada profissional, dentro da sua linha de trabalho, busca o mesmo objetivo dos demais, que é de levar o máximo de informações ao paciente, familiares e ou cuidadores, sobre cuidados e técnicas para controle da dor crônica. Tal experiência possibilitou vislumbrar um campo passível de observações, análises, ações, avaliações e, por isso, de orientações aos usuários desses serviços acerca da importância da política de saúde, os avanços e limites do Sistema Único de Saúde – SUS e o compromisso dos profissionais em prevenir doenças, recuperar e/ou promover a saúde dos usuários, bem como ressaltar a importância dos

cuidados de saúde que o paciente deve tomar para manter os ganhos obtidos com o tratamento e prevenir agravos.

A promoção de saúde se faz por meio de educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, de produção em ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde (MOTA, 2006:230).

Neste contexto, pode-se ressaltar, ainda, os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que são determinantes das condições de vida e saúde e que as necessidades de saúde não residem, unicamente, em não estar doente, o que é confirmado por Teixeira:

[...] Que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios sócio-econômicos e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (MOTA, 2006:229).

Trabalhando com o objetivo de promover a saúde dos usuários através de técnicas de educação em saúde, foi possível encorajar as pessoas a adotar e manter padrões de vida saudáveis, usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição e tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente. Buscou-se desenvolver, nas pessoas, o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Essas assertivas equivalem a dizer que, com a educação em saúde pode-se promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária.

A tudo isto, deve ser acrescentado que a Educação em Saúde é um dos mais importantes elos de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde

mais eficientes. E, nesta dinâmica, atender, inclusive, a grande demanda de dor crônica, uma das principais causas de procura por assistência médica, atualmente.

Do ponto de vista biopsicossocial, a educação tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas, com vistas à formação e ao desenvolvimento de sua personalidade. Sociologicamente, a educação é um processo que tem por fim conservar e transmitir cultura, atuando como importante instrumento e técnica social.

Em termos gerais, em relação às necessidades individuais a educação em saúde, visa: desenvolvimento harmônico do corpo e do espírito; desenvolvimento emocional; formação do espírito crítico; desenvolvimento da capacidade criativa; desenvolvimento do espírito de iniciativa; formação estética; formação ética; formação moral; desenvolvimento das peculiaridades de cada educando e assimilação dos valores e técnicas fundamentais da cultura a que pertence o educando. Devem ser referidas as funções educativas que podem ser representadas por cinco atividades, e que estarão, integralmente, contidas nas ações de educação em saúde: estimulativa, que busca atrair o indivíduo para participar do processo educativo; exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; orientadora, que enfoca os aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; didática, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos e terapêutica, que permite retificar os eventuais descaminhos do processo educativo.

O atendimento em Home Care representa uma estratégia de atenção à saúde, englobando muito mais do que um simples atendimento médico-residencial padronizado, tornando-se um método aplicado ao cliente que enfatiza sua autonomia, esforçando-se em realçar suas habilidades funcionais dentro do seu próprio ambiente, o que envolve planejamento, coordenação e apoio de outros serviços da comunidade local.

Considerando a caracterização do modelo Home Care, a equipe da Clínica e Liga de Dor da UFTM viu, nesta modalidade, a oportunidade de oferecer serviços que vão além do modelo tradicional de saúde, investindo em humanização e promoção à saúde do paciente, vítima de dor crônica, e seus familiares.

A dor crônica é a segunda causa de procura pela assistência médica e representa aproximadamente 80% das consultas aos profissionais de saúde. Constitui um problema

grave de saúde pública e social, com impactos astronômicos na economia mundial e, apesar dos avanços nos diagnósticos e terapias em diversas áreas de saúde, ainda continua sendo condição frustrante para pacientes, médicos, reabilitadores, estudiosos em saúde pública, empregadores, políticos da saúde e sociedade.

A dor evoca emoções e fantasias, muitas vezes mais incapacitantes que as condições sintomáticas ou nosológicas que as originam e que traduzem sofrimento, incertezas, medo da incapacidade e da desfiguração, preocupações com perdas materiais e/ou sociais, do que resultam em limitações para a realização das atividades profissionais, sociais e/ou domiciliares (LEÃO et al TEIXEIRA, 2007:54).

Altera, ainda o afeto, o ritmo de sono, o apetite, lazer e qualidade de vida, de modo que a incapacidade gerada pela dor crônica influi negativamente no papel do indivíduo nos ambientes de trabalho, na família e na sociedade e leva-o a modificar suas aspirações. O processo de mudança da condição normal para a de incapacidade e dor crônica é desgastante e muitos referenciais da vida podem alterar.

O tratamento da dor deve contemplar os aspectos biológicos, ou seja, a eliminação dos fatores causais e a correção das repercussões biológicas desfavoráveis que ocorrem nas vias e centros que capturam e processam a informação algica e a melhora do comportamento físico, psíquico e social daqueles que com a dor padecem (LEÃO et al TEIXEIRA, 2007:54).

Segundo Teixeira (2007), o tratamento deve, também, contemplar os aspectos cognitivo-comportamentais dos pacientes e de seus cuidadores, uma vez que esses, frequentemente, apresentam convicções negativas e distorcidas em relação ao significado dos diagnósticos, exames complementares, farmacoterapia, reabilitação, atividades físicas, repercussões psicossociais, capacidades funcionais, atitudes e perspectivas futuras. Portanto, a eliminação dos elementos que ativam e sensibilizam as vias nervosas e a adoção de atitudes que aumentam a atividade dos mecanismos supressores de dor, a reabilitação do paciente, a eliminação de comorbidades, pensamentos ou crenças desfavoráveis, os estímulos de adoção de medidas de enfrentamentos ativos são necessários e fundamentais para assistir os pacientes com dor.

Trabalhando no sentido de promover a saúde, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde, o profissional do Serviço Social busca entender as questões postas mediante as demandas contemporâneas, obtendo o reflexo da imagem do homem na sua globalidade.

A prática do assistente social, na área da saúde, se dá em nível individual, grupal ou comunitário, com tônica preventiva, curativa e reabilitadora, tendo como eixo básico a orientação, que consiste numa metodologia de ensinamentos que busca as mudanças de atitudes, comportamentos e desenvolvimento de habilidades úteis à promoção, manutenção e recuperação da saúde.

As expressões que se manifestam no cotidiano dos serviços públicos de saúde extrapolam as questões referentes à doença. A tarefa faz conceber a atenção à saúde como um projeto que iguala saúde às condições de vida.

A efetivação do exercício profissional do assistente social, na rotina de trabalho com Home Care, se pauta no Modelo Calgary de Avaliação Familiar – MCAF⁴, instrumento este adequado às especificidades da práxis do assistente social e, em especial, com as famílias.

No caso do cuidado com a família, o objetivo é a promoção da saúde por meio da mudança que pode ocorrer no âmbito dos relacionamentos, funções, papéis e ainda, na percepção da doença e/ou dor crônica (incluindo histórico), o impacto da dor nos membros da família, como eles interagem entre si e como influenciam o processo de saúde e doença, identificando os recursos de que a família dispõe para se adaptar à nova situação. O MCAF apresenta uma estrutura multidimensional, integrada e baseada em sistemas, que permite agrupar os dados em três categorias, a saber: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

A avaliação estrutural permite que o assistente social identifique e caracterize a família, bem como os vínculos entre os membros que a compõe. Para isso, pode-se lançar mão de dois instrumentos, o genograma e o ecomapa, que devem ser utilizados durante a fase de engajamento.

Tais instrumentos permitem uma rápida visão da complexidade das relações familiares e funcionam como uma boa fonte de informação, de forma sucinta, para planejamento de estratégias. O genograma é um desenho ou diagrama da árvore familiar que agrega informações sobre os seus membros e seus relacionamentos nas últimas três gerações.

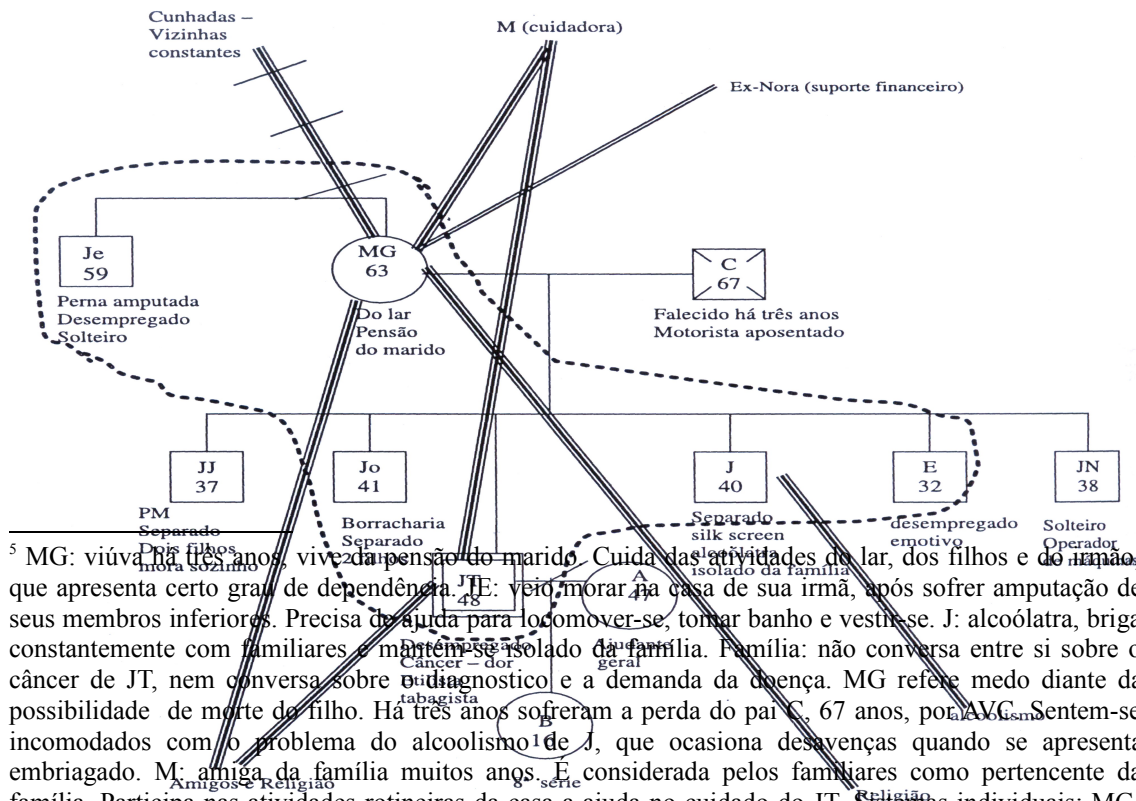
Por sua vez, o ecomapa _ é a representação das relações da família com o supra-sistema (pessoas significativas, instituições do contexto da família), que permite vislumbrar uma “fotografia” das principais relações entre família e mundo. O

⁴ MCAF e MCIF É um modelo de avaliação e intervenção da família, que foi criado por duas enfermeiras canadenses na Universidade de Calgary. É frequentemente utilizado para desenvolver ações em saúde.

genograma e o ecomapa podem ser representados, concomitantemente, com dados significantes de cada membro da família, além do nome e idade.

Na entrevista inicial, os dados devem ser preenchidos, podendo ser modificados ou completados em entrevistas seguintes. Começa-se a preencher o genograma pela pessoa que está dando as informações. Faz-se as anotações seguindo a ordem: do mais velho ao mais novo, da esquerda à direita em cada uma das gerações.

No genograma, utilizam-se diferentes símbolos para acontecimentos importantes como: nascimento, morte, casamento e separação. Vários tipos diferentes de linha são usados para representar a natureza das relações familiares com o mundo externo no ecomapa. Flechas podem ser empregadas para indicar o fluxo da relação, seja ele da família para o exterior, ou vice-versa. Segue modelo de genograma (fig.1)⁵ associado à ecomapa com descrição do caso representado em símbolos.



⁵ MG: viúva há três anos, vive da pensão do marido. Cuida das atividades de lar, dos filhos e do irmão, que apresenta certo grau de dependência. JE: vem morar na casa de sua irmã, após sofrer amputação de seus membros inferiores. Precisa de ajuda para locomover-se, tomar banho e vestir-se. J: alcoólatra, briga constantemente com familiares e mantém-se isolado da família. Família: não conversa entre si sobre o câncer de JT, nem conversa sobre o diagnóstico e a demanda da doença. MG refere medo diante da possibilidade de morte do filho. Há três anos sofreram a perda do pai C, 67 anos, por AVC. Sentem-se incomodados com o problema do alcoolismo de J, que ocasiona desavenças quando se apresenta embriagado. M: amiga da família muitos anos. É considerada pelos familiares como pertencente da família. Participa nas atividades rotineiras da casa a ajuda no cuidado do JT. Sistemas individuais: MG-problemas identificados: sente-se angustiada com a aquisição do novo papel de cuidadora de JT, em razão do tempo que gasta nos cuidados instrumentais ou na tentativa de lhe fazer companhia, permanecendo próxima do paciente. Refere abandono de suas atividades de lazer e falta de tempo para outras atividades da vida pessoal (igreja, casa de amigos). Teme a morte do paciente. De que maneira isso afeta o paciente, não se sabe até o momento. Forças: a presença de um cuidador secundário (a amiga M), com quem pode dividir a tarefa. Compartilha as dificuldades de correntes da doença com MG. Compare as consultas do ambulatório. Desenvolve um relacionamento de confiança com a equipe. Consegue compartilhar sentimentos com os profissionais. JT-problemas identificados: perda da comunicação verbal; incomodo por depender dos familiares para atividades da vida diária. Forças: uso de outras estratégias de comunicação; o envolvimento em atividades de auto-cuidado. Subsistema mãe (MG) - filho (JT) problema: MG não suporta assistir as crises álgicas de JT, e por isso, aumenta a dosagem dos medicamentos analgésicos prescritos. Tem dificuldade de comunicação emocional (LEÃO, et al BOUSSO, 2007:178:179).

A avaliação do desenvolvimento permite conhecer os eventos importantes ocorridos ao longo das fases do ciclo de vida familiar, que se refere à trajetória típica que a maioria das famílias percorre. Baseando-se na atual fase de desenvolvimento da família, pauta-se no conhecimento de estratégias já utilizadas por ela diante de experiências anteriores, é possível identificar alguns recursos de enfrentamento, dos quais ela pode lançar mão diante da situação de dor.

A avaliação do desenvolvimento ajuda a compreender as possíveis demandas atuais da família, em função da fase de seu ciclo de vida. Assim, as demandas de uma família cujo pai é o paciente e a família é composta por dois filhos pré-escolares é diferente de outras, compostas por filhos em idade adulta e casados.

A avaliação funcional permite identificar como a família funciona em termos de distribuição de papéis, relacionamentos e comunicação interna e externa aos eventos do ciclo de vida familiar. Nesta última categoria, dois aspectos básicos do funcionamento familiar podem ser avaliados: o instrumental (atividades da vida diária, tais como: vestir-se, alimentar-se, mudar de roupa), e o expressivo (forma de comunicação verbal e não-verbal, expressão de sentimentos e pensamentos e modo como se solucionam problemas).

A dor crônica ou outra situação de doença tende a aumentar a demanda das atividades instrumentais e, conseqüentemente, pode ocasionar a redistribuição de tarefas entre os familiares. Além disso, poderá produzir efeitos no aspecto expressivo, fato que torna interessante, portanto, a exploração de como ocorrem as conversas dentro da família, na situação de dor.

A fase das intervenções é caracterizada pelo momento em que o assistente social propõe ações que possam desencadear mudanças que maximizem a qualidade de vida, tanto do paciente com dor, como de seus familiares. É importante que as intervenções aconteçam a partir de uma ampla compreensão holística que inclua a experiência da dor crônica dentro do contexto da família. Partindo-se dessa ideia, e situando-a no contexto de dor crônica, é importante não perder de vista que, em razão da incapacidade e dependência, o paciente com dor crônica poderá precisar de um ou

mais cuidadores que, geralmente, são oriundos da própria família, a qual, portanto também deve ser considerada no plano das intervenções no contexto.

O Modelo Calgary de Intervenção das Famílias, (MCIF) associado ao MCAF, é um excelente plano de estratégias para orientar, positivamente, o trabalho do assistente social. Esse modelo enfoca a promoção, melhora e sustenta um funcionamento familiar eficaz em três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental.

Permite identificar as intervenções mais adequadas ao funcionamento familiar, baseado em conversas entre assistente social e família. Conforme esse modelo, as intervenções podem ser realizadas com base no uso de perguntas destinadas a proporcionar, ativamente, uma mudança em um ou mais desses três domínios.

Nesta perspectiva, as perguntas de intervenção podem convidar a família a refletir e perceber seus problemas a partir de um novo olhar para, em seguida, visualizar soluções. Assim, e pautada na obtenção de novas informações a respeito da família, o assistente social direciona as perguntas conforme seu julgamento sobre o que lhe parece relevante, além de desencadear mudanças no funcionamento familiar. Pode, ainda, dispor das seguintes estratégias: oferecer informações e opiniões; validar ou normalizar respostas emocionais; incentivar as narrativas de doença; estimular o apoio familiar; encorajar o descanso; planejar rituais; incentivar os membros da família a serem cuidadores; elogiar as forças da família e dos indivíduos. É fundamental, inclusive, identificar quais são os recursos de que a família dispõe e é capaz de se valer, na tentativa do restabelecimento de sua dinâmica.

Neste contexto, o assistente social deve buscar, também, conhecimento científico divulgado pela literatura. Pensando nos estudos de dor, é imprescindível atentar para a carência que os cuidadores e familiares apontam como necessidade por informações do diagnóstico, técnicas, terapêutica e efeitos adversos/colaterais do tratamento. É fundamental que o assistente social, juntamente com os demais profissionais da equipe, certifique-se de que essas ou outras informações são pertinentes à família que está sendo atendida, escute e esclareça as dúvidas, sendo honesto e preciso nas informações.

É comum que, tanto os familiares como os pacientes, apresentem dúvidas e preocupações a respeito dos efeitos colaterais e da dependência de alguns medicamentos utilizados para alívio da dor, como os opióides⁶. Diante de situações como essas, o

⁶ Drogas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, para controle da dor, pois tem grande valor analgésico.

assistente social deve explorar aspectos relativos à crença e valores relacionados ao diagnóstico, tratamento e prognóstico da dor.

A família possui um sistema de crenças e de práticas de saúde e doença que inclui desde o que um sintoma significa, quando e onde levar a pessoa doente, até o que é melhora ou cura. Assim, para que se maior êxito na adesão ao tratamento medicamentoso, é preciso conhecer as crenças do paciente e da família a respeito da eficácia e efeitos adversos da medicação, a fim de que se ofereçam novas perspectivas, novo olhar para o tratamento (LEÃO et al TEIXEIRA, 2007:175).

A intervenção efetiva, muitas vezes, depende da capacidade do profissional para identificar crenças que se contrapõem ao tratamento proposto e possibilitar à família novas formas de pensar e agir. Ao identificar, por exemplo, que a família não administra corretamente os medicamentos prescritos quando o paciente encontra-se nos estágios iniciais da doença crônica progressiva, é preciso conhecer o que faz a família tomar tal decisão. Não basta apenas oferecer as orientações quanto aos horários corretos da administração dos medicamentos. Esses esclarecimentos são importantes em tratamentos neoplásicos, nos quais, geralmente, os familiares apresentam a expectativa de que a dor deva estar presente e que o alívio não seja possível.

Essas abordagens devem ser usadas ao longo do tratamento dos pacientes, sempre avaliando, não só os recursos disponíveis na família, bem como as estratégias que ela utiliza para lidar com as demandas da doença e da dor.

As estratégias de enfrentamento que a família utiliza para lidar com as demandas, influenciam a saúde e o funcionamento da mesma. O enfrentamento pode ser definido como respostas positivas de natureza afetiva, cognitiva e comportamental, que a família utiliza para resolver ou reduzir o estresse produzido por um evento ou problema.

São exemplos de estratégias de enfrentamento: a união familiar, a flexibilidade nos papéis, a capacidade de partilhar pensamentos e sentimentos, a busca de informações, a manutenção de vínculos com membros de comunidade, a busca e a utilização de suporte social e espiritual. Em contraposição, a dificuldade ou incapacidade em desempenhar ações de enfrentamento poderá criar dificuldades pessoais e interpessoais que prejudicam o manejo das situações de crise ou dor vividas pela família.

Nesse sentido, é preciso que a família não só receba suporte, mas aceite a intervenção que está sendo oferecida.

De forma genérica, torna-se imprescindível, em se tratando da família que convive com dor crônica, ajudá-la a reconhecer suas demandas e identificar recursos e limitações para lidar com o tratamento de alívio da dor, uma vez que é possível reduzir o sofrimento e melhorar o senso de bem-estar às pessoas que têm convivido com a dor por muitos anos.

O trabalho do assistente social, na saúde, representa uma prestação de serviços voltada à emancipação, participação e sistematização no enfrentamento das expressões da questão social. Nesta perspectiva, o Serviço Social tem uma proposta mais avançada no sentido de promover o acesso aos direitos sociais através das políticas públicas existentes, cuja prática esteja pautada no compromisso ético político.

Desta forma, o trabalho do assistente social no Home Care da Liga de Dor requer um compromisso no bojo do projeto ético-político, no âmbito das propostas da política de saúde, cujo foco esteja voltado para a universalidade e acesso aos bens e serviços, atendendo às demandas da contemporaneidade, postas ao Serviço Social.

Assim, os assistentes sociais da área da saúde devem, na atualidade, estarem abertos para novas ações⁷, capazes de fornecer subsídios para a ampliação do compromisso frente ao projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político.

Desta forma, a contribuição do trabalho do assistente social no Home Care da Liga de Dor da UFTM se dá de forma inovadora, dinâmica e propositiva, com ações que têm, realmente, contribuído para a efetivação dos direitos dos usuários enquanto sujeitos de direitos, na busca de uma sociedade justa e igualitária frente às políticas públicas existentes.

⁷ Que são elas: ações socioeducativas, ações de mobilização e controle social, ações de investigação e planejamento, gestão, para ações de assessoria, qualificação e formação profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de vivenciar um amplo processo de democratização vivido nos anos 80, a sociedade brasileira se deparou, nos anos 90, com um cenário bem adverso. Trazia, intrínseco à política neoliberal, a redução de direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública e sucateamento da saúde e educação.

O Sistema Único de Saúde - SUS teve seus dispositivos constitucionais e legais descumpridos, ficando o Governo Federal omissivo quanto à regulamentação e fiscalização das ações de saúde, com destaque para o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais, afastando-se do princípio da integralidade, priorizando-se a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. Ao Estado, cabia somente a responsabilidade de garantir o mínimo aos que não podiam pagar.

No atual governo, manteve-se a política macroeconômica do governo anterior. A concepção da seguridade social não foi valorizada, mantendo-se a segmentação da saúde, assistência e previdência social.

Em termos de avanço deste governo na política de saúde, pode-se citar o retorno da concepção da reforma sanitária; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde com a criação de quatro secretarias; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde, entre outros.

Neste contexto, os assistentes sociais reforçaram a discussão acerca da sua intervenção profissional na área da saúde, fundamentados nos princípios do projeto da reforma sanitária e projeto ético-político da categoria.

Os assistentes sociais que trabalham na saúde buscam a capacitação permanente, condição sine qua non⁸ para atender às novas requisições da profissão. Neste cenário de crescente demanda por serviços sociais foi que este profissional se viu obrigado a lançar mão de novas estratégias de ação, tendo na educação em saúde um

⁸Condição sem a qual não é possível.

campo fértil para instigar os usuários a lutarem pelo direito da implementação, de fato, da política de saúde, conforme preconiza o SUS.

Ao refletir sobre a contribuição do trabalho do Assistente Social na Educação em Saúde, feito em Home Care, percebe-se a importância, tanto do trabalho em equipe, quanto do trabalho profissional do serviço social junto aos pacientes vítimas de patologias que resultam em um processo crônico e doloroso, a exemplo das cefaléias, da Síndrome da Fibromialgia e das neoplasias. Este trabalho, de cunho interdisciplinar, envolve a família como um todo, em seus diferentes arranjos, na dinâmica do tratamento e controle da dor do paciente, através de técnicas que incentivam os envolvidos a buscarem a superação de um quadro que, geralmente, se apresenta com frequentes períodos de depressão, seguido de importante declínio na qualidade de vida do paciente e demais familiares. Tal superação se efetiva quando o Assistente Social facilita a intervenção em equipe, o que resulta em fortalecimento e autonomia para a família agir com responsabilidade e comprometimento com a causa. Através de uma prática educativa que visa a veiculação de informações contempladas na legislação pertinente, facilita-se o acesso dos pacientes e familiares a diferentes serviços, como por exemplo, às consultas especializadas, exames e medicamentos, inclusive os de alto custo, fundamentais para uma boa recuperação do quadro doloroso e manutenção dos ganhos obtidos. Além disso, é neste trabalho de Educação em Saúde que se colocam os envolvidos e interessados no processo patológico em contato com os diferentes serviços disponíveis na comunidade local e outras de referência, para que busquem suporte, em termos de recursos humanos e material, para as demandas de tratamento e saúde do dia-a-dia, o que, certamente, culminará em uma melhor qualidade de vida para pacientes e cuidadores.

Trabalhando no sentido de promover a saúde dos pacientes e familiares, o assistente social, no Home Care, usou de técnicas de educação em saúde, encorajando as pessoas a adotar e manter padrões de vida saudáveis; senso de responsabilidade pela sua própria saúde e de identidade individual, assim como, de responsabilidade comunitária. Entendemos que, com as especificidades da vida moderna, somadas ao significativo aumento na expectativa de vida da população, o trabalho em equipe e, principalmente quando pautado em ações de cunho educativo, se fortalece a cada dia, atendendo mais e melhor às necessidades dos usuários dos serviços de saúde, com destaque para a demanda dos serviços da rede pública, em seus diferentes níveis, primário, secundário e/ou terciário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. ed. Saraiva, São Paulo, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei n. 8.080/90 e Lei 8.142/90. Diário Oficial da União, Brasília 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Questão da Saúde e Serviço Social: as práticas profissionais e as lutas no setor**. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991.

CARDOSO, Franci Gomes; Maciel, Marina. **Funções desempenhadas pelo assistente social: mobilização social e práticas educativas. Capacitação em Serviço Social e Política Social. O trabalho do assistente social e as políticas sociais**. CFESS, ABEPSS, CEAD/NED, UNB. mod. 04, Brasília, 2000.

_____. **O Serviço Social em Hospitais: orientações básicas. CRESS. 7ª Região**, Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. In MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. Cortez, São Paulo, 2006,

COSTA, Nilson de Rosário. **O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil**. In: **Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda Para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

CHAVES, Lucimara Duarte; LEÃO, Eliseth Ribeiro. **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Livraria Martinari, 2007.

FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES (org.)** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, R. (org.) Saúde e Sociedade no Brasil: os anos 80. Rio de Janeiro: Relumê – Dumará .IMS/UERJ, ABRASCO, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9. ed. Cortez, São Paulo, 2005.

MENDES, Eugênio Villaça. Uma Agenda Para a Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MINAS GERAIS. Conselho Regional de Serviço Social: 6ª região.

Coletânea de Leis : um guia completo e atualizado dedicado ao assistente social. Belo Horizonte, [CRESS-MG], 2002.

MOTA, Ana Elizabete, et al. (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Cortez, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

TEIXEIRA, MJ. **Organização e implantação de um serviço de dor: constituição da equipe e recursos materiais. Dor: manual para o clínico**. São Paulo: Atheneu; 2003. .

VASCONCELOS, Ana Maria de. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. Capacitação em Serviço Social e Política Social. **O trabalho do assistente social e as políticas sociais**. CFESS, ABEPSS, CEAD/NED, UNB. mod. 04, Brasília, 2000, p. 130.

_____. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**. 2 ed. Cortez, São Paulo, 2003.

_____. Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.