


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR DA EQUIPE DO PROGRAMA DE
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO HRSJ

Aprovado Pelo L. S

Em 13 / 12 / 94


KRYSZYNA MATYS COSTA
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE-UFSC

Trabalho de conclusão de
Curso apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade Federal
de Santa Catarina para obtenção do título
de assistente social pela acadêmica:

Jaqueline Pieler da Silva

Florianópolis, dezembro de 1994.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Itamar e Albertina, pelo carinho, apoio e compreensão!

Ao Ademir, meu marido, pelo incentivo durante minha jornada acadêmica!

À supervisora Maria Fátima, pela oportunidade de estágio, apoio que nos dedicou!

À orientadora Luziele, pela compreensão, atenção e amizade que me dispensou durante a realização deste trabalho!

À todos os integrantes da equipe do Programa de Assistência Domiciliar e funcionários do setor de Serviço Social do HRSJ, bem como os usuários sem o qual este trabalho não seria possível!

Às colegas de curso, pela amizade que cresceu e se fortificou durante estes anos que passamos juntos, em especial à Patrícia, Nívia, Marise, Ana Paula, Alessandra, Marineuza e Jamile, pelo carinho!

À todas as pessoas que durante este processo de estudo, contribuíram direta ou indiretamente para o nosso crescimento pessoal e profissional!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	4
CAPÍTULO I: A INTERDISCIPLINARIDADE COMO UMA MODALIDADE DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	6
CAPÍTULO II: O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ	
2.1 - A Prática da Equipe Interdisciplinar do Programa de Assistência Domiciliar.....	17
2.2 - O Papel dos Membros da Equipe e a Relação com os Pacientes atendidos.....	26
2.3 - A Participação do Serviço Social na Equipe Interdisciplinar.....	33
CAPÍTULO III: ANÁLISE DO PROGRAMA EM SEUS PRINCIPAIS ASPECTOS	
3.1 - A Realidade dos Pacientes Crônicos.....	39
3.2 - Desafios para o Funcionamento do programa.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo apresentar nossa experiência de estágio, desenvolvida junto ao Programa de Assistência Domiciliar do hospital Regional de São José, Doutor Homero de Miranda Gomes, e recortar neste contexto a questão referente ao trabalho interdisciplinar ali vivenciado.

Durante seu desenvolvimento, percebemos a importância de um estudo mais aprofundado sobre o Programa de Assistência Domiciliar, principalmente da equipe interdisciplinar que o compõe.

Para relatar nossa experiência, este trabalho está desenvolvido em três capítulos.

No primeiro capítulo, abordaremos alguns aspectos importantes sobre a interdisciplinariedade como conceitos, reflexões, dificuldades e vantagens em realizar um trabalho em equipe desse nível.

Elucidaremos no segundo capítulo, a estrutura do Programa de Assistência Domiciliar e a sua criação. Apresentaremos sua proposta de ação, sua organização, a função de cada membro integrante e sua relação com o paciente crônico. Também destacaremos a atuação do Serviço Social neste contexto.

No terceiro capítulo, será enfocada a realidade do paciente crônico atendido pelo citado Programa e os desafios enfrentados pela equipe interdisciplinar do mesmo, assim como os avanços que obtiveram desde sua criação.

Encerrando o trabalho, apresentaremos algumas considerações finais sobre a situação do atendimento à pacientes crônicos, bem como da equipe interdisciplinar do Programa de Assistência Domiciliar e sobre a nossa vivência prática.

1 - A INTERDISCIPLINARIDADE COMO UMA MODALIDADE DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Vivemos hoje a reia das especializações, cada profissional querendo aprofundar-se na área de interesse, perdendo-se a visão de totalidade; e como diz KIERKEGAARD:

*“ Quanto mais se demonstra e comprova
as coisas particulares menos se enxerga o
geral. E de se visualizar cada vez menos o
todo, chega-se a duvidar de sua existência.”*
(KIERKEGAARD apud DE SÁ 1989:68)

Assim sendo faz-se necessário superar esse abismo fragmentário do saber criado pela multiplicação das áreas de especializações, buscando visualizar a totalidade das questões, ampliando sua perspectivas.

Cada vez mais nos deparamos com especialistas dentro de instituições especializadas para a solução de problemas físicos, sociais, comportamentais, e vários outros.

No capitalismo a especialização funciona também como barateamento da mão-de-obra, quando ao invés de se contratar um trabalhador com total capacidade de execução, contrata-se

esta mesma capacidade dividida entre vários trabalhadores, porém com salários bem menores.

Verificamos tal fenômeno através de um exemplo usado por RIZOTTI (1991:73):

“ No setor da saúde pode-se observar que parte da intervenção médica foi atribuída a profissionais que, bem treinados, a executam por menores salários. Um exemplo disso é a função de explicar à população o uso correto da medicação, atividade, esta muitas vezes desempenhada por um atendente de enfermagem. ”

É preciso superar a especialização no sentido reducionista da capacidade humana. Para tanto é fundamental desenvolver um trabalho de potencialidades físicas e intelectuais. Faz-se necessário que os especialistas ultrapassem seus próprios limites, abrindo-se às contribuições de outros saberes, como por exemplo: um tipo de trabalho em equipe.

O trabalho em equipe nos dá a possibilidade de vencermos o determinismo institucional imposto, bem como de repensar sua importância, enquanto uma das formas de resgatar no coletivo a condição de trabalho que favoreça a prática transformadora. Desperta também a consciência dos profissionais sobre a importância do seu trabalho atuando no desenvolvimento social e assim deve ser considerado. Segundo RIZOTTI (1991: 64)

“ O trabalho em equipe deve ser considerado como a ação de vários trabalhadores intelectuais que têm uma reserva de resistência e autonomia, ainda que submetidos a propostas institucionais.”

Para se trabalhar em equipe é necessário que todos os componentes do grupo sintam o desejo de unir forças para a obtenção do objetivo comum - é o espírito de equipe.

Através de pequenos grupos se dá mais oportunidade para cada um melhor expor suas idéias, além de dispor de mais tempo para ouvir e discutir problemas, fazendo com que todos contribuam dinamicamente para a condução e atividades dos outros membros.

Segundo JAPIASSU (1976: 113), existem algumas exigências que devemos considerar no trabalho em equipe, que podem ser assim observadas:

1. É necessário a competência de cada especialista. Este não pode limitar-se a conhecer somente aquilo que faz parte da sua disciplina, é fundamental que amplie seus conhecimentos em relação às outras, na medida em que for adquirindo segurança a respeito de sua atuação. A elaboração entre as disciplinas não será possível sem a real competência de cada especialista em seu domínio.

2. A outra exigência que se impõe é o reconhecimento pelo especialista do caráter parcial e relativo de sua própria disciplina e de seu enfoque cujo ponto de vista é sempre particular e restrito. Enquanto não houver uma mentalidade consciente daqueles que trabalham em equipe, de que sua disciplina não é a única e específica, podendo, ser enriquecida por outra, o fracasso interdisciplinar será inevitável.
3. Esta diz respeito à polarização da interdisciplinaridade em pesquisas teóricas ou aplicadas, para fins de resolução de problemas sociais ou institucionais, com a colaboração de várias disciplinas que tenham alguma ligação com determinado problema.
4. A última exigência seria a que JAPIASSU convencionou chamar de uma necessidade de “ultrapassagem” ou “superação”, com a qual os membros da equipe que devem tentar superar modalidades de cooperação que não levem à integração das disciplinas.

Os membros de uma equipe que desejam trabalhar, buscando o âmbito da interdisciplinaridade, devem estar conscientes de seus limites e também das maneiras de que possam se utilizar, fazendo com que o caminho para se chegar a ela seja mais curto. Salientamos, aqui, a importância do diálogo na equipe sem que ele aconteça, não será possível a integração propriamente dita das disciplinas que englobariam cooperação e colaboração.

Não se trata de um diálogo baseado pura e simplesmente na troca de informações, mas de um processo mais profundo, onde haja espaço para reflexão sobre o que está sendo tratado, havendo interconexão de idéias e permitindo melhor compreensão do caso em estudo.

Para que exista integração entre os membros da equipe, é imprescindível haver comunicação e diálogo entre eles, garantindo, assim, o enriquecimento das disciplinas umas pelas outras e, na totalidade delas, uma metodologia propriamente interdisciplinar.

Segundo FAZENDA (1990):

“Interdisciplinaridade não se ensina nem se aprende, simplesmente vive-se, exerce-se e por isto exige uma nova pedagogia, a da comunicação.”

A interdisciplinaridade pode ser caracterizada como nível em que a colaboração entre as disciplinas leva a diferentes integrações e estas fazem com que cada uma dessas disciplinas saiam também enriquecida. Pressupõe, portanto, interação entre duas ou mais disciplinas, podendo ir desde a simples comunicação de idéias até a integração mútua dos conceitos direcionadores da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados, etc. .

De acordo com JAPIASSU (1976:71-8), existem quatro precisões terminológicas distintas, havendo uma graduação crescente desses diferentes termos:

- Multidisciplinaridade
- Pluridisciplinaridade;
- Interdisciplinaridade;
- Transdisciplinaridade.

A multidisciplinaridade é identificada com a simples justaposição das disciplinas, sem implicar em trabalho de equipe coordenado.

Seria como se tomar emprestado uma ou duas disciplinas, conhecimentos necessários à sua, mas sem que haja enriquecimento ou modificação das disciplinas envolvidas no processo, não se explicita as relações que podem existir entre elas.

O termo pluridisciplinar, por sua vez, compreende o agrupamento de certos módulos disciplinares com alguma relação entre as disciplinas. Existe grau de cooperação entre elas, sem existir, porém, qualquer coordenação.

A interdisciplinaridade é entendida como um esforço constante de convergência entre as disciplinas, buscando um melhor entendimento da realidade.

Transdisciplinaridade consiste na coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino, isolado, sobre a base de uma axiomática geral.

Este termo foi criado por PIAGET e, segundo ele, constitui a etapa superior à das relações interdisciplinares em que as disciplinas situariam suas ligações no interior de um sistema total, sem fronteiras estabelecidas.

Porém, tanto PIAGET quanto JAPIASSU, dizem que a transdisciplinaridade é apenas um sonho, um ideal difícil de se alcançar, já que estamos muito longe de uma integração total e definitiva, com coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas.

Feita a diferenciação dos termos citados, vamos nos deter no tema interdisciplinaridade. Pode-se dizer que este fenômeno tem origem dupla, sendo uma interna e outra externa. A interna seria o remanejamento geral do sistema das ciências, acompanhando sua organização e processo; e a externa caracteriza-se pela orientação cada vez maior do saber em busca da ação.

A interdisciplinaridade propõe um confronto e aproximação à possível integração dos múltiplos domínios da atividade humana, o que requer, além dos conhecimentos necessários para tal, uma intervenção ligada à teoria no campo da realidade social e humana.

“ Se de um lado, devemos comparar e congregar os conhecimentos do outro, é preciso não esquecer que o conhecimento e a ação, longe de se excluírem, se conjugam.” (JAPIASSU 1976:45)

Segundo JAPIASSU (1976: 43), a interdisciplinaridade representa um conjunto de protestos:

“ a) Contra um saber fragmentário em migalhas, pulverizado numa multiplicidade crescente de especialidades em que cada uma se fecha como que para fugir ao verdadeiro conhecimento;

b) Contra o divórcio ou esquizofrenia intelectual entre uma universidade cada vez mais compartimentada, dividida, subdividida, setorizada e subetorizada, e a sociedade em sua realidade dinâmica e concreta, onde a 'verdadeira vida' sempre é percebida como um todo complexo e indissociável. Ao mesmo tempo, porém contra essa própria sociedade, na medida em que ela faz tudo o que pode para limitar e condicionar os indivíduos a funções estreitas e repetitivas para aliená-los de desenvolverem e fazerem desabrochar todas as suas potencialidades e aspirações mais vitais;

c) Contra o conformismo das situações adquiridas e das idéias recebidas ou impostas."

O trabalho interdisciplinar é árduo, porém é importante que nele existam intensidade de trocas, grau de integração com a realidade, diálogo, flexibilidade e maturidade, propiciando uma reaprendizagem da postura do profissional, com que este passa a perceber o cliente holisticamente, tendo maiores condições de apreender e atendê-la.

Sendo assim podemos conceituar equipe interdisciplinar, segundo DE FELICE (1976: 374):

“ Como sendo aquela onde a função de esforços e interesses de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se indentificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo comum, cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estreitamente ligado.”

Pela complexidade dos problemas dos enfermos, por exemplo, nenhuma pessoa tem todos os conhecimentos e habilidades para tratar dos mesmos. Além disto, cada membro da equipe pode influir na conduta dos demais membros especialmente no aspecto do diagnóstico e na forma de tratamento. Se a cura ou melhora do paciente depende não só do esforço de um, e sim de vários profissionais deve-se então unir todas as forças e potencialidades em um grupo visando atingir um objetivo principal.

Existem algumas vantagens e razões que justificam um trabalho interdisciplinar, pois de acordo com JAPIASSU (1976:32-4), a interdisciplinaridade:

“ 1 - Proporciona trocas generalizadas de informações e de críticas contribuindo dessa forma, para uma reorganização do meio científico e para fornecer toda espécie de transformação institucional a serviço da sociedade e do homem;

2 - Amplia a formação geral de todos quantos se engajam na pesquisa científica especializada, permitindo-lhes descobrir melhor suas aptidões, assegurar melhor sua orientação a fim de definir o papel que deverá ser o seu dentro da sociedade, aprender a aprender, situar-se melhor no mundo de hoje, compreender e criticar todas as informações recebidas;

3 - Questiona a possível comodação dos cientistas em seus pressupostos implícitos, em suas comunicações restritas que tornam difíceis as trocas e, com isso, favorecem a explicitação de seus postulados epistemológicos, cada um deles fazendo dessa explicitação o acompanhamento necessário de sua prática e de suas eventuais descobertas;

4 - Prepara melhor os indivíduos para a formação profissional que, hoje em dia, cada vez mais exige a contribuição de várias disciplinas fundamentais, conseqüentemente, certa formação polivalente;

5 - Prepara e engaja os especialistas na pesquisa em equipe, fornecendo-lhes os instrumentos conceituais para que saibam analisar as situações e colocar os problemas, mas para que aprendam a conhecer os limites de sua própria metodologia e possam dialogar de forma produtiva com os outros especialistas: pelo trabalho em comum, pelo confronto dos métodos, pela concertação dos pontos de vista e dos resultados;

6 - Assegura e desenvolve a educação permanente que permite aos pesquisadores o prolongamento constante, no decurso da vida, de sua formação geral, universitária ou profissional, através do que se convencionou chamar de reciclagem continuada das atividades de todos aqueles que desejam manter-se atualizados nos vários setores do conhecimento e conservar num permanente desabrochar suas personalidades engajadas na vida social.”

Por essas vantagens e razões, entendemos que a interdisciplinaridade pode ser uma alternativa de trabalho, constituindo-se num processo educativo, que se inicia na problematização da questão indo até a conscientização sobre a realidade a ser mudada.

Para realizar um trabalho de uma equipe interdisciplinar surgem algumas dificuldades em aspectos como: profissionalismo; conservadorismo; auto-interesse; especialização; delegação em comparação com somação de funções; responsabilidade compartilhada em comparação com reponsabilidade total; diferenças em nível social e cultural; problemas de valores; atitudes e crenças que atuam para inibir o funcionamento eficaz e integrado de equipes interdisciplinares.

Diante dessas dificuldades muito comuns e visando diminuí-las, o trabalho interdisciplinar deve ter uma abertura recíproca, mutualidade, comunicação entre os domínios do saber para que se consiga avançar. As diversas disciplinas devem levar a uma interação, a uma intersubjetividade, dando condições para a efetivação deste trabalho.

2.1 - A PRÁTICA DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

O Hospital Regional de São José, Dr. Homero de Miranda Gomes, é uma instituição de caráter público que tem por princípio prestar assistência médica hospitalar a qualquer cidadão, independente da sua situação sócio-econômica.

Porém, a grande maioria dos usuários que procuram os benefícios deste hospital, fazem parte de uma parcela da população excluída dos bens, serviços e riquezas da sociedade.

Apresentam situações próprias do seu tipo de inserção na mesma, tais como a pobreza, a falta de moradia, de saneamento básico e o desemprego.

Observa-se, ainda que o hospital Regional de São José, apesar de ser uma instituição de grande capacidade funcional, possuir um quadro de profissionais habilitados nas diversas áreas e equipamentos sofisticados, não vem utilizando toda a sua potencialidade.

Em suas diferentes unidades há dificuldades para seu bom funcionamento, tais como: falta de recursos materiais, falta de recursos humanos, número insuficiente de ambulâncias para o transporte dos pacientes e para o serviço específico de cada setor, além de não existir uma equipe gerontológica especializada para atender a grande demanda de pessoas idosas que se utilizam do serviço hospitalar, bem como de leitos geriátricos.

Pela carência de programas de caráter não só curativo, mas principalmente preventivos na assistência ao paciente crônico, e devido a grande incidência de reinternações dos mesmos, na unidade da clínica médica do referido hospital, é que o setor de Serviço Social como também o médico atuante na referida unidade elaboraram o Programa de Assistência Domiciliar a ser implantado no Hospital Regional de São José.

Esse Programa de Assistência Domiciliar, então pensado pelos profissionais do referido órgão, tem como objetivos:

- Descentralizar o tratamento de doentes crônicos do âmbito hospitalar;
- Proporcionar ao paciente a oportunidade de atendimento e acompanhamento profissional em domicílio, tendo em vista reduzir as internações;

Esse projeto foi encaminhado à direção do Hospital Regional, em julho de 1992, para obter aprovação e apoio, observando algumas questões, que abordaremos a seguir, e que serviram para justificar o citado programa.

Devido à crise hospitalar pela qual passamos, há uma carência de lutas hospitalares e muitas vezes de pessoal capacitado, tornando inviável a internação por um longo período.

Além disto manter o idoso doente, dependente ou semidependente em casa causa transtorno à família. Muda a rotina familiar por razões econômicas, sociais e culturais, causando, assim, rejeição por parte da mesma em relação ao idoso, pois, na sua maioria, são famílias de poder aquisitivo baixo.

Outro agravante é a dificuldade em se transportar os pacientes impossibilitados de locomoção.

Pela inexistência de hospitais ou clínicas específicas para doentes crônicos e por não haver programas ou políticas de saúde que atendam a essa demanda, surge o Programa de Assistência Domiciliar. E com ele, a possibilidade do paciente crônico receber orientação e tratamento, no próprio ambiente familiar, adequados ao seu tipo de patologia, através da atuação da equipe interdisciplinar, capaz de conjugar os vários recursos existentes, garantindo, assim, uma assistência integral ao paciente.

A cronicidade e necessidade de cuidados no tratamento dos pacientes, cuja a responsabilidade recai sobre suas famílias, indicam que a assistência a estes pacientes poderá ser melhor se conduzida por uma equipe interdisciplinar que atenda suas múltiplas necessidades.

Esta modalidade de assistência em um discurso mais humano pretende abordar o homem em suas necessidades psíquicas, físicas e sociais interrelacionadas.

Foram solicitados vários recursos para a formação da equipeinterdisciplinar em questão descritos a seguir:

1 - Recursos humanos:

- assistente Social;
- enfermeiro;
- médico;
- auxiliar de enfermagem;
- nutricionista;
- psicólogo;
- fisioterapeuta;
- motorista.

2 - Recursos Materiais:

- viatura motorizada;
- material permanente para empréstimo;
- material de consumo para curativos;
- sala de atendimento e para guardar o material;
- um arquivo;
- uma mesa;
- três cadeiras;
- uma maca.

Entretanto, desses recursos solicitados, o Programa de Assistência Domiciliar hoje conta com os seguintes profissionais:

- assistente Social;
- médico;
- nutricionista (eventualmente pois a profissional comprometida com o programa ausentou-se da instituição).

Por não ser esse um projeto da direção do Hospital Regional de São José, tem havido algumas dificuldades em se obter da mesma os recursos necessários, já que para a instituição a prioridade é o atendimento emergencial, curativo.

A esse respeito comenta PINOTTI (1984:20):

“Cuida assim o governo da consequência e não da causa (...) converte o sistema de saúde num imenso pronto-socorro (...) convertendo definitivamente hospitais e serviços especializados na porta de entrada do sistema, quando em realidade, deveriam ser a sua referência.”

Como se pode observar, não há preocupação em instituir políticas que priorizem a promoção da saúde, em nosso país, muito menos a saúde preventiva. As instituições hospitalares acabam por reproduzir tal ideologia.

Contrária a essa realidade, a equipe do Programa de Assistência Domiciliar tem como referência a nova concepção de saúde resultante da 8ª Conferência Nacional de saúde, onde esta é definida num contexto histórico de determinada sociedade, e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

O direito à saúde como conquista social está relacionado a questões como:

- trabalho em condições dignas;
- alimentação para todos;
- moradia limpa e digna;
- educação e informação plenas;
- boa qualidade do meio ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- lazer e segurança;
- participação da população na organização;
- gestão e controle dos serviços e ação de saúde;
- suspensão do pagamento da dívida externa; etc. .

Na Constituição Federal Brasileira de 1988, nos artigos 196 a 200, a saúde é vista pela primeira vez na história do país como direito universal e dever do estado, isto é, como dimensão social da cidadania. A questão da reforma sanitária e de seu papel no

estabelecimento de uma ordem social democrática, contribuiu para transformar a política de saúde em elemento fundamental na conjuntura de estabilização da ordem política.

Quanto à rotina de atendimento do Programa de Assistência Domiciliar, pode-se verificar o movimento que se apresenta a seguir.

A inscrição dos pacientes para o programa é realizada na preparação da alta, após obedecidos os critérios de elegibilidade. O Serviço Social realiza a triagem das pessoas através de entrevista inicial e visita domiciliar.

Depois de ser inscrito no Programa, o paciente irá receber a visita da equipe; normalmente após se passarem trinta dias da sua alta, ou se a mesma for solicitada antes.

O clínico avalia o paciente, fornecendo o diagnóstico e a prescrição do tratamento.

As visitas domiciliares são realizadas pela equipe às terças e quintas-feira, no período vespertino. O atendimento aos familiares no hospital é realizado sempre que há necessidade; porém é constante a presença destes no setor do Serviço Social, em busca de medicamentos, recursos como cadeiras de roda, colchão d'água, bomba de oxigênio, comida especial para sonda, também como orientação e apoio.

Se o quadro clínico do paciente se agravar, recomenda-se aos familiares encaminhá-lo à emergência do hospital.

A determinação da equipe do Programa de Assistência Domiciliar em dar início a suas atividades no Hospital Regional de São José, atendendo pacientes crônicos, onde na sua maioria são idosos, com enfoque interdisciplinar, partiu da crença de real possibilidade de em se iniciar um trabalho inovador, mesmo que de modo modesto, onde a prática e o empenho trarão um retorno certo de aprendizagem e conseqüente melhoria do desempenho da equipe, bem como do atendimento aos pacientes, já que este torna-se mais personalizado.

Segundo MALHEIROS (1980:64):

“Admitindo que o ‘social’ é a base do processo de saúde, admite-se também que, enquanto este social mantém apostos, conseqüentemente o dominado social também está mais próximo da doença. Resta assim, explicitar as condições sociais, econômicas e políticas que favorecem ou destroem a saúde coletiva e iniciar por essa via a recuperação do completo bem-estar físico, mental e social.”

Atendendo o paciente do ponto de vista médico, psicológico, social e funcional, torna-se claro para a equipe que uma das principais causas da questão do paciente crônico é a questão social.

Assim, é necessário que a equipe mantenha uma postura em relação ao paciente e à realidade que o cerca, substituindo uma visão fragmentária pela visão unitária do ser humano, possibilitando-lhe, então, um tratamento com mais qualidade, apesar dos escassos recursos.

2.2 - O PAPEL DOS MEMBROS DA EQUIPE E A RELAÇÃO COM OS PACIENTES ATENDIDOS

Na elaboração do Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Regional de São José, estabeleceu-se, de acordo com a especificidade de cada profissional, a ação a ser realizada.

Desse modo, ao assistente social compete a triagem e a inscrição do paciente através de entrevista inicial. Ele também realiza visitas domiciliares com a equipe; participa na apresentação e na discussão dos casos, prestando informações de caráter social necessária ao estabelecimento de um plano de intervenção. Neste sentido, e visando alcançar os objetivos do Programa, este profissional articula recursos institucionais e comunitários, bem como participa da avaliação contínua das atividades do Programa junto à equipe responsável.

O médico faz avaliação clínica dos pacientes inscritos para diagnóstico de doenças e prescrição de tratamento e realiza visitas domiciliares periódicas. Encaminha os pacientes ao especialista quando necessário; além de solicitar exames laboratoriais, radiológicos e outros. Declara óbito dos pacientes inscritos no Programa ou os encaminha aos hospitais para possíveis internações.

A nutricionista avalia o estado nutricional do paciente e investiga seus hábitos alimentares, além de orientar a família sobre a dieta dirigida à patologia do paciente.

Em FELICE (1976:370-4), encontramos que equipe multiprofissional é aquela formada por:

“Um grupo de profissionais de diferentes áreas e/ou especializadas que juntam esforços e interesses, reconhecem a interdependência com outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estreitamente ligado.”

Sendo assim, a interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade. É uma questão de atitude que não anula a contribuição da especialidade, do saber em particular, mas uma atitude que impede o estabelecimento da supremacia de certo saber em detrimento de outro.

A nível de metodologia de trabalho, a equipe reúne-se informalmente após cada visita, para discutir questões relacionadas aos pacientes, as dificuldades encontradas, como também as alternativas de solução e encaminhamentos.

Nessas reuniões de que a estagiária de Serviço Social muitas vezes participava, ficou claro que a equipe do Programa de Assistência Domiciliar não quer que seu trabalho seja visto como uma ação compensatória para aqueles desassistidos; mas sim, que ela busca passar à população atendida que este trabalho é uma tentativa de se fazer cumprir o direito à saúde que todo cidadão possui, garantido em lei.

Através da Constituição Brasileira de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir por lei os direitos da população quanto ao acesso dos serviços de saúde, sem qualquer discriminação.

Também a Constituição do Estado de Santa Catarina, neste sentido, diz título IX “da ordem social”, capítulo II, seção II:

“Artigo 153 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

“Parágrafo único - o direito à saúde implica os seguintes princípios fundamentais:

I - trabalho digno, educação, alimentação, saneamento, moradia, meio ambiente saudável, transporte e lazer.

II - informação sobre risco de doença e morte, bem como a promoção e recuperação da saúde.”

Sabemos, porém que isso não corresponde à realidade em que vivemos.

Entendemos, entretanto, que a transformação da realidade deve ser concebida com um processo global que se faz simultaneamente no terreno econômico e ideológico, através de luta política. E o espaço criado por uma equipe interdisciplinar, comprometida com tal mudança, propicia resgatar no coletivo a condição de trabalho que favoreça a prática transformadora.

No Programa de Assistência Domiciliar para a seleção dos pacientes, foram estabelecidos os seguintes critérios:

- Pacientes portadores de patologias crônicas invalidantes;
- Pacientes paraplégicos, sequelas graves de politraumatismo, pacientes senis e outros com dificuldades de locomoção;
- Pacientes terminais;
- Pacientes com baixo nível sócio-econômico-cultural que necessitam de um plano assistencial de cuidados nos aspectos de saúde física, psíquica e social.

O ponto de partida da equipe interdisciplinar do Programa de Assistência Domiciliar, na sua relação com o paciente crônico e seus familiares, é o conhecimento dos mesmos, o que pode ser resumido assim:

“... Mediante a reflexão sobre a sua realidade, o homem chega a ser sujeito tornando-se mais consciente, comprometido, disposto a intervir para transformar.”
(PAVÃO 1984: 41).

É a partir desta reflexão, deste conhecimento e da troca de saberes entre os membros da equipe, é que se começa o trabalho de orientação, onde o paciente e seus familiares começam a refletir sobre sua saúde.

Muitas vezes, o trabalho da equipe se faz mais presente junto aos familiares do paciente, justamente por este se encontrar em total estado de dependência física. Nestes casos, é imprescindível a boa aceitação da família em acolher o paciente, prestando-lhe os cuidados necessários, bem como apoio e carinho.

A equipe procura também dar um respaldo à família, pois esta sofre um desgaste grande, tanto por ser trabalhoso e cansativo cuidar de um paciente neste estado - ainda mais com poucos recursos - quanto por ser doloroso ver um familiar acometido de doença.

Os cuidados da família em relação ao paciente se dão de várias formas; seja ajudando-o em questões básicas como higiene pessoal - já que o contato íntimo com pessoa estranha causa constrangimento ao mesmo -, alimentação e medicamentos; seja com questões de caráter psicológico, nas quais o apoio emocional traduzido pela atenção e pelo carinho são altamente significativos para a saúde do paciente.

A equipe prima por um trabalho educativo com os usuários, facilitando o desenvolvimento do conhecimento e consciência crítica sobre sua saúde.

Nesta direção, MALHEIROS (1980:66), indica como a ação profissional deve ser objetivada:

“Cabe-nos, numa prática de saúde, colocar o enfermo como aspecto principal, evidenciá-lo como sujeito e lutando com ele e com os sadios para a mudança das contradições.”

A atuação da equipe interdisciplinar permite uma abordagem a partir de uma visão holística, isto é, vê o paciente através de um aspecto multidimensional e não apenas a doença isolada, pois ele se trata de um ser bio-psico-social. Deste modo se estabelece uma relação dialética dos membros da equipe com os pacientes e seus familiares, possibilitando uma ação conjunta de assistência ao mesmo.

2.3 - A PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE

O Serviço Social surgiu na área da saúde, na segunda metade deste século, em razão do reconhecimento da área médica de que os aspectos sociais e emocionais interferem significativamente na vida das pessoas e na sua enfermidade.

No Hospital Regional de São José, o Serviço Social tem um campo de trabalho conquistado e legítimo. No entanto, por haver este vínculo institucional, a hierarquização, a correlação de forças, o controle e os limites inerentes à instituição refletem no seu trabalho.

O setor de Serviço Social nessa instituição também tem pautado suas ações no compromisso de que a eficiência dos serviços prestados do assistente social dependem de sua inter-relação com outros serviços e atividades, isto é, de um trabalho coletivo. Porém, em alguns profissionais ainda é forte a visão unilateral do trabalho, não considerando tal caráter de intervenção.

O assistente social, apesar de sua intervenção ser compreendida por tarefas específicas, não pode perder de vista as questões mais gerais que afetam seu setor e a população; bem como a possibilidade de criar espaços de ação conjunta onde se trabalhe na perspectiva de posturas ideológicas convergentes. Assim, a formação profissional vem se delineando através de uma perspectiva histórico-estrutural, onde o profissional assume como proposta um compromisso com as lutas das classes populares.

A este respeito comenta SOUZA (1985:133):

“Essas circunstâncias correspondem também a momentos de um mesmo processo, que se constrói no cotidiano de uma prática social em que o profissional e o cidadão se fundem para se tornar sujeitos de um projeto coletivo que visa à transformação estrutural e que deve envolver todos os trabalhadores.”

O profissional que está comprometido com a transformação das relações, consegue ler nas desigualdades geradas pelo sistema capitalista os caminhos que podem levá-lo à alteração das relações sociais presentes no seu cotidiano. Entretanto, esta intervenção objetivada não se dá sem problemas, como aponta FALEIROS (1987:45):

“O desafio de enfrentar teoricamente a questão da prática institucional é tão complexa quanto a própria atuação (...) É no entanto, necessário lembrar que viabilização implica conflitos e confrontos de poderes e saberes.”

O Serviço Social do Hospital Regional entende que é possível desvendar tais conflitos e fazer do campo institucional um espaço de luta, principalmente na articulação de trabalhos coletivos.

A própria contradição existente na instituição e até mesmo na sociedade poderá servir de instrumento para que o Serviço Social desvende as formas de ação educativa a nível interdisciplinar.

A participação da assistente social na equipe interdisciplinar do Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Regional de São José se faz na ação, através do conhecimento da realidade do paciente crônico:

“O objetivo do conhecimento é tanto conhecer a formação social na sua ‘estrutura’, quanto as ‘conjunturas’ nas quais se processa a formação social (...) O Serviço Social como disciplina de intervenção procura conhecer para agir e transformar - transformar conhecendo.” (LEITE 1984: 33-40)

Dessa forma o setor de Serviço Social percebe que somente através do estudo da realidade dos pacientes crônicos, de uma forma mais ampla, na sua totalidade, é que se pode dar o trabalho de intervenção da equipe.

O assistente social procura em sua ação com o paciente desenvolver, integrado com equipe interdisciplinar, um trabalho educativo com esclarecimentos a respeito de doença, o autocuidado e direitos. E tenta, ainda, proporcionar ao mesmo (quando este estiver em condições físicas e psíquicas) bem como aos seus familiares, elementos que os levem à reflexão sobre sua situação social e de saúde. Enfim, através da interação do paciente, família e equipe, este profissional busca recursos e alternativas para resolução de problemas, dificuldades e/ou a adaptação a uma nova situação.

Para isso o profissional da área social necessita obter uma série de conhecimentos referentes a características e aspectos da doença, tratamento preventivo, termos médicos, além, é claro, do seu conhecimento específico na área em que atua. Estes conhecimentos são adquiridos pelo interesse pessoal do profissional, mas principalmente pela relação de troca de saberes, de diálogo e de complementação existentes na equipe interdisciplinar do Programa.

Segundo COSTA (1988:67):

“A abordagem multiprofissional envolve colaboração entre profissionais de saúde como um meio de eliminar vazios e sobreposições no trabalho. Importante que seja um sistema aberto e flexível, utilizando da melhor forma possível todos os instrumentos e serviços para assistir o paciente (...)”

O Serviço Social compreende que no campo da saúde os profissionais voltam-se para o ser humano, mais é impossível conhecê-lo, se não tivermos os conhecimentos articuláveis que cada um pode nos fornecer sobre ele.

O assistente social do Programa de Assistência Domiciliar tem participação ativa no mesmo como já citamos anteriormente. Esta se faz, tanto em relação ao atendimento dos pacientes crônicos, reforçando o caráter educativo, articulando os recursos existentes, reforçando o apoio à família e ao paciente, como perante a equipe interdisciplinar, mantendo uma postura crítica e atuante, fornecendo sua avaliação social da situação, contribuindo em todos os níveis para o aprimoramento do trabalho.

3.1 - A REALIDADE DOS PACIENTES CRÔNICOS

Os doentes crônicos, assim como a grande a maioria da população brasileira, possuem uma situação econômica precária, o que se torna um obstáculo para o tratamento da doença e até mesmo propicia o seu surgimento.

A saúde não deve ser vista como um fenômeno isolado, mas sim como resultado da interação de todas as condições em que a população vive. Não se pode considerar o indivíduo separadamente do seu contexto social, econômico e ambiental.

O Brasil tem demonstrado um grande atraso em relação a alguns países latino-americanos no que tange à promoção de uma política de saúde que aja num caráter prventivo à doença, quebrando a medicina curativa e hegemônica centrada em hospitais.

A grande maioria da população não tem, na realidade, direito à saúde como está explícito em leis. Ela tem acesso a postos de saúde despreparados, à espera por consultas especializadas e pronto-socorro hospitalar, tratada emergencialmente, e depois deixada à sua própria sorte.

O idoso, que constitui grande parte dos casos crônicos atendidos pelo Programa de Assistência Domiciliar, tem tendência a apresentar, proporcionalmente, mais episódios de doenças do que a população em geral, por não haver programas de caráter preventivo e outros que atendam o paciente crônico na sua totalidade. Este se reinterna constantemente, onerando o sistema de saúde, já que o custo médio da assistência ao idoso é bem maior do que o de qualquer grupo etário.

Além disso a internação hospitalar não consegue sanar os problemas apresentados pelos pacientes crônicos, pois o tratamento e os cuidados para com eles são uma constante. Também é necessário dar a eles continuidade no atendimento após sua alta hospitalar. O conceito de doença crônica indica que estas

“São enfermidades de longa duração, com evolução lenta e nunca se curam de todo.” (FISHBEIN 1987:67).

As doenças crônicas mais frequentes que resultam na internação e reinternação dos pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Regional de São José são os seguintes:

- o diabetes mellitus;
- o DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica);
- hipertensão arterial.

O diabetes mellitus é uma condição na qual, por falta de um hormônio chamado insulina, ocorre no sangue o aumento de um açúcar denominado glicose. As pessoas que apresentam taxas de glicose acima do normal sofrem de diabetes mellitus. O portador desta doença pode ser vítima de complicações tais como o aumento dos ácidos graxos no sangue, o que predispõe à arteriosclerose, que leva a distúrbios cardíacos e causa danos aos vasos sangüíneos.

A degeneração do tecido nervoso, resultando em perda de sensação, é outra complicação do diabetes; pode afetar os rins, os olhos, causando a cegueira e em casos agudos levar ao coma.

Para evitar tudo isso é necessário um bom controle da doença que é o equilíbrio entre quantidade adequada de alimentos para manter o peso normal, exercícios físicos e, se necessário, o uso de medicamentos.

A asma é uma doença pulmonar obstrutiva crônica na qual o paciente apresenta dificuldade em respirar. Uma crise pode começar subitamente e ser prolongada e agravada pela preocupação e pelo medo.

Várias medidas podem reduzir o risco de uma crise, um sedativo na hora de dormir para evitar a ansiedade, se a pessoa é portadora de asma alérgica deve dormir em um quarto sem carpetes ou tapetes. Se a mesma não for bem controlada pode acarretar complicações como o efisema pulmonar, a bronquite, a pneumonia bronquial. Os ataques freqüentes podem resultar em bronquite crônica e se constitui também em doença pulmonar obstrutiva crônica.

A possibilidade de ataques futuros podem e devem ser reduzidos por meio de drogas e outras medidas preventivas.

A hipertensão arterial pode ser causada por uma série de condições e quando a pressão permanece alta o paciente corre o risco de desenvolver arteriosclerose, trombose coronária e trombose arterial que leva a um derrame. Para evitar complicações, o doente deve ter uma alimentação controlada, consumir proteínas e evitar sal e gorduras.

Por não terem cura, as doenças crônicas são tratadas de maneira a evitar o aparecimento de complicações ou seqüelas e, por isto precisam ser controladas da melhor maneira possível.

A grande maioria dos usuários do Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Regional de São José, são pessoas com baixa renda, o que foi citado anteriormente, suas famílias encontram dificuldades em assumi-los, além de apresentarem um alto grau de desinformação no que diz respeito à saúde. A equipe procura, então, prover os recursos necessários para que os pacientes possam dar continuidade ao tratamento em domicílio.

Esta ação conjunta se faz da seguinte maneira: através da articulação e repasse de benefícios existentes, que é imperativo diante da realidade vivenciada por eles; da pressão exercida sobre órgãos competentes por um comprometimento maior com as classes menos favorecidas, das quais fazem parte os pacientes crônicos atendidos; e até por meio da criatividade na utilização de recursos encontrados no próprio ambiente familiar e comunitário.

O Serviço Social possui uma verba para atender os casos mais necessitados. Mesmo assim, esse recurso não é suficiente para atender a totalidade da demanda.

Entendemos que é através de um trabalho articulado, coletivo, interdisciplinar que conseguiremos avançar para um tratamento digno ao paciente crônico, dando um suporte domiciliar e emocional a este e à sua família. Conseqüentemente, diminuirá o índice de ocupação dos leitos hospitalares, reduzindo os gastos do sistema de saúde no que se refere ao custo da assistência médica hospitalar.

3.2 - DESAFIOS PARA O FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA

A equipe interdisciplinar do Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Regional de São José, apesar de ter conseguido grandes avanços desde sua formação, em agosto de 1992, tem encontrado no seu desenvolvimento grandes desafios.

Primeiramente, enquanto equipe interdisciplinar, há de se observar algum aspectos para que a mesma continue engajada, baseado em JAPIASSU (1976: 94-6), há alguns obstáculos a serem considerados no trabalho interdisciplinar:

“ a) Obstáculo epistemológico - implica todos os empecilhos colocados pelos especialistas (ser - disciplina), no que se refere a contatos, colaborações, comunicações, confrontos disciplinares, etc. . Assim cada disciplina ficaria fechada em si mesma, sem oferecer abertura à integração com outras. Cada ser - disciplina, irá lutar cada vez mais para garantir seu espaço, para auto-afirmar-se como dono do saber sem flexibilidade para o entrosamento necessário.

b) Obstáculo institucional - cada disciplina consagra sua repartição do saber por via administrativa, dentro da instituição em que se encontra. O estabelecimento assegura a gestão de cada parcela do saber.

c) Obstáculos psicossociológicos - este obstáculo diz respeito à corrida do poder que afeta cada vez mais a humanidade. Mais para fazer carreira, do que para realizar um bom trabalho profissional, os especialistas lutam por suas posições com todas as armas de que dispõem, ultrapassando todos os inimigos que se aventuram a atravessar-lhes o caminho. Assim estão mais e mais fechando-se em si mesmos, diminuindo seu campo de conhecimento, garantindo o escape a crítica sobre si.

d) Obstáculo cultural - as áreas culturais são as grandes responsáveis pela dissociação das disciplinas. Exemplificando, podemos ver que alguns cientistas, de determinado país, permanecem fechados em seu circuito de trabalho, sem dar atenção ao que poderá vir de fora. Outras ou pontos de vista não lhes interessam.”

Para a superação desses obstáculos, entendemos que é necessário o engajamento de profissionais realmente comprometidos, interessados e abertos a novas experiências e troca de conhecimento.

Observado isso, uma outra dificuldade que a equipe interdisciplinar encontra é a respeito da instituição. Por não ser este um Programa institucional, foram necessários alguns avanços e retrocessos e até rompimentos políticos, para que o grupo conquistasse o espaço objetivado.

Na verdade, a relação da equipe com os objetivos institucionais obedece a um movimento instável e por vezes complexo:

“O reconhecimento pela própria equipe de sua relativa autonomia no encaminhamento da ação coletiva, é que parece garantir sua interdependência em relação aos objetivos institucionais, quando estes não são adotados pelo grupo em questão. Esse conhecimento assegura uma condição de se contrapor com mais rigor aos ditames institucionais quando estes ocorrem.” (RIZOTTI 1991: 148)

Nos dois anos de existência do programa, houve um grande esforço por parte dos componentes do grupo em garantir o atendimento mínimo possível aos pacientes cadastrados e suas famílias, que constantemente procuravam ou eram encaminhados para esse serviço.

As dificuldades enfrentadas pela equipe, no início, eram bem maiores uma vez que no hospital, tanto no que se refere ao corpo de profissionais quanto a direção geral e administrativa não estavam sensibilizados e conscientizados da necessidade e repercursão deste tipo de atendimento.

Hoje, o Programa já conta com certo apoio administrativo e se pode dizer que é respeitado por alguns profissionais e setores do hospital.

O principal entrave na época, foi a disponibilidade de um carro para se realizar as visitas domiciliares. Após muitas tentativas junto a direção local e a Secretaria da Saúde, garantiu-se um carro durante duas tardes semanais. Porém a deficiência de motorista ou a péssima qualidade de manutenção dos veículos impedem ainda hoje, algumas vezes, a equipe de realizar o trabalho de campo.

Outro desafio enfrentado é a falta de profissionais das mais diversas áreas para o efetivo engajamento no Programa.

No decorrer destes dois anos de implantação do Programa, a equipe passou a contar com uma nutricionista que foi substituída por questões de desligamento da instituição. O mesmo aconteceu com uma enfermeira que teve um certo tempo de permanência no Programa, mas neste caso, não houve substituição.

O aspecto psicológico exige uma maior atenção por parte da equipe interdisciplinar devido ao stresse causado pela angústia e depressão que acarreta no paciente e na família, principalmente pelo fato de se tratar de pacientes terminais. A equipe se empenha em dar um suporte psicológico, mas a ausência de um profissional desta área impede de ser melhor trabalhada esta questão.

A não aceitação de algumas famílias quanto ao quadro irreversível e condição de dependência em que se encontram os pacientes, faz com que surja a necessidade de um suporte terapêutico que irá, acima de tudo, capacitar a equipe e a família, para melhor lidarem com a cronicidade e a terminalidade que caracteriza essa clientela.

“ A equipe tem como característica central a ação cooperativa que significa ao mesmo tempo o limite e a possibilidade do trabalho humano. O limite porque está implícito que o saber e o fazer de um único homem não realiza a tarefa e não supri a necessidade que se coloca devido a sua complexidade. A possibilidade está em apontar a capacidade quase infinita do trabalho de muitos homens.” (RIZOTTI 1991: 147)

Outra grande dificuldade enfrentada pela equipe é a necessidade de material de uso permanente para empréstimo como: cama hospitalar, colchão d'água, cadeiras de roda, aparelho de oxigênio e outros. E material de consumo como suporte nutricional (sondas e produtos de nutrição de alto custo), além de material para curativo e medicamentos.

A renda familiar da maioria dos pacientes é insuficiente para custear as despesas com o tratamento domiciliar.

Ressaltamos ainda a dificuldade com um número limitado de integrantes na equipe, o que impede uma distribuição mais equitativa das funções, tendo que se cumprir papéis que seriam da competência de outros profissionais.

Isto além de sobrecarregar as funções que compete a cada área, diminui a qualidade do serviço, uma vez que um profissional por mais eficiente que seja, não possui formação técnica para responder as necessidades das demais áreas de intervenção.

Acreditamos que a partir do momento em que a equipe passar a contar com mais profissionais esta prática poderá ser melhor desenvolvida.

Há necessidade, ainda, de reuniões periódicas para o estudo de casos e avaliação do trabalho, objetivando uma melhor organização do mesmo.

Cursos de aperfeiçoamento ou reuniões de estudo intensificado também deverão ser mais explorados, para que o grupo possa reciclar seus conhecimentos.

Acreditamos que apesar dos limites e dificuldades do trabalho da equipe interdisciplinar do Programa de Assistência Domiciliar, este continua sendo a grande saída para responder a demanda dos pacientes crônicos.

Salientamos a importância da iniciativa destes profissionais que, guiados por um conceito de saúde mais abrangente, mais humano, buscam, através de um trabalho integrado, dar um atendimento mais digno aos pacientes portadores de doença crônica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste trabalho, procuramos analisar de uma forma crítica a realidade vivenciada pela equipe interdisciplinar do Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Regional de São José, suas dificuldades, seus desafios, como também dos pacientes crônicos atendidos pela mesma.

Observamos que a maioria desses pacientes vivem em moradias pobres, bastante precárias, sem infra-estrutura adequada, além de muitas vezes, sofrerem com a não aceitação da família, do estado crítico debilitado que apresentam.

O abandono ou recusa podem ser causados até pela desinformação dos familiares sobre as doenças e educação sanitária dificultando tratamento adequado aos doentes.

Tais condições prejudicam a qualidade de vida do indivíduo, influenciando negativamente sobre sua saúde física e mental, agravando seu estado ou retardando sua

recuperação.

Para que se concretizem os direitos garantidos pela Constituição Brasileira de 1988, que visam a saúde para todo cidadão brasileiro e a real implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), se faz necessário o maior comprometimento dos governantes na criação de políticas sociais eficazes.

Diante disso, a iniciativa de se criar o Programa de Assistência Domicilar se constitui em uma alternativa que tem proporcionado bons resultados, tanto para a instituição, com a diminuição do número de reinternações dos pacientes crônicos, como para os próprios pacientes e seus familiares, na medida em que recebem um tratamento qualificado.

Percebemos também o imenso valor do caráter educativo e interdisciplinar na atuação da equipe que propicia uma maior integração entre o paciente e sua família.

Salientamos, ainda, a importância de participarmos, enquanto profissional em formação, de uma experiência, de um trabalho em conjunto a nível interdisciplinar, que nos proporcionou uma relação de troca e aprendizado.

Ressaltamos a necessidade de maior divulgação e apoio do trabalho da equipe do Programa de Assistência Domiciliar, bem como da criação de outros projetos alternativos semelhantes a este.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Constituição do Estado de Santa Catarina, 1989. 117p.

COSTA, Manuel A. *A terceira Idade no Brasil - Perfil Sócio Demográfico*. Texto extraído do centro de população e desenvolvimento. Rio de Janeiro. 1992.

DE SÁ, Jeaneti L. Martins. *Serviço Social e Interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 1989.

FALEIROS, Vicente de Paula. *O Que é Política Social*. São Paulo: Cortez, 1982.

FELICE, S. A. Equipe Multiprofissional Conceitos e Funções. *Rev. Paul. Hosp.* n.24, p. 370-4, 1976.

FISHBEIN, Morris. *Enciclopédia Familiar de Medicina e Saúde*. São Paulo, 4 ed. v.1, 1987.

JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Imago, 2 ed., 1976.

MARTINS, Carmen Lúcia da Rocha. *Idoso e Doença Crônica - Alcanços e Limites do Programa de Assistência Domiciliar*. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis, UFSC, 1993.

PAVÃO, Ana Maria Brás. *O Princípio de Auto Determinação no Serviço Social - Visão Fenomenológica*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1984.

PINOTTI, José A. *A Participação Social no Cotidiano*. São Paulo: Cortez. 4 ed. 1982.

Prática de Serviço social escolar: Uma abordagem interdisciplinar. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.38, 1992. p. 37-55.

RIZOTTI, Maria Luiza Amaral. *Trabalho em Equipe - Um estudo de Caso na Área da Saúde*. São Paulo, Tese de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica, 1991.

Segundo Encontro Nacional de Educação em Diabetes. *Anais...* Florianópolis, 1988. p.67-96.