

A ATENÇÃO DOMICILIAR NA DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES

HOME HEALTH CARE IN DISCHARGE PROCESS FROM HOSPITAL

SOUSA, Roseane Brito¹

1. Assistente Social, residente em Urgência e Trauma no Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdomiro Cruz, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, no período de 2016-2018.

Correspondência: Av. Del Rey Dom Carlos, Qd. 12, Lt. 01, Parque Los Angeles, Goianira-Goiás. E-mail: roseane29@bol.com.br

RESUMO: O artigo é resultado da reflexão feita sobre o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no decorrer da Residência Multiprofissional em Saúde. E tem como objetivo, apresentar a relevância desse serviço no processo de desospitalização de pacientes internados em um Hospital Público de Urgências. Trata-se de um estudo do tipo documental, prospectivo e descritivo, com abordagem quantiquantitativa. Traz o resgate sobre a política de saúde enquanto direito garantido na Constituição Federal de 1988. Discorre sobre o que é o SAD, e o seu significado enquanto mecanismo de desospitalização de pacientes. Traça o perfil dos usuários, e mostra a pertinência do serviço para os demandantes desse modelo de assistência. Por fim, expõe os resultados obtidos no decorrer do estudo, os quais confirmam a contribuição do SAD de forma positiva no processo de desospitalização, e traz algumas proposições com o intento de contribuir com o crescimento do serviço na instituição.

Palavras-Chave: Alta Hospitalar; Serviço Social; Domicílio.

ABSTRACT: The study aims to describe the relevance of homecare service in the process of de discharge in a public hospital of emergency in Goiania, Brazil. This is a documentary, prospective and descriptive study with a quantiquantitative approach. It brings the rescue on health policy as a right guaranteed in the Constitution of 1988. We discusse what is homecare service, and its meaning as a mechanism for the de-hospitalization of patients. We define the profile of users, and we show the relevance of the service to the demanders of this assistance model. Also, we present the results obtained during the study, which confirm the contribution of homecare service in a positive way in the process of discharge. We bring some

propositions with the intention of contributing to the improvement of the service in the institution.

Keywords: Discharge from hospital; Social service; Residence.

INTRODUÇÃO

Estudar a Política de Saúde no atual contexto econômico, social, político e cultural da sociedade brasileira, é uma necessidade no cenário social brasileiro, por se tratar de uma política essencial na vida da população. Nessa perspectiva, percebe-se novas demandas dos usuários que requerem respostas mais efetivas por parte do Estado, tendo como norte a valorização do conceito de cidadania e sua importância na sociedade de classes. Uma vez que a Constituição Federal de 1988 preconiza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.¹

Nesse sentido, a Constituição é um avanço social, pois, a partir da promulgação da Carta Magna fica garantida a base para a formulação de uma legislação voltada para assegurar os direitos fundamentais dos brasileiros. Tendo em vista que somente após a promulgação da Constituição Cidadã é que houve um grande avanço em relação aos direitos sociais, pois a partir daí a saúde tornou-se um direito de todos e dever do Estado. Abarcou dessa forma, grande parte da população que antes era desassistida, visto que a saúde era uma política contributiva, que só tinha acesso os trabalhadores com emprego de carteira assinada.

Em relação a isso Couto afirma que foi nesse contexto que importantes e significativos avanços foram construídos, acarretando novas configurações e novas concepções para a área dos direitos civis, políticos e sociais, expressas numa nova forma de organizar e gestar o sistema de seguridade social brasileiro.²

Destarte, como resultado da reflexão feita no decorrer da Residência Multiprofissional em Saúde, originou-se a motivação para conhecer cientificamente o objeto deste estudo, que consistiu em analisar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) na desospitalização de pacientes em um Hospital Público Referência em Urgência e Emergência. Foram propostos

como objetivos específicos: descrever o perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos pacientes usuários do Serviço de Atenção Domiciliar; Estudar a relevância atribuída a esse serviço pelos pacientes ou seus familiares; e conhecer o SAD dentro do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdomiro Cruz (HUGO) como mecanismo para a desospitalização.

O SAD segundo o Ministério da Saúde é definido como um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar.³

A Atenção Domiciliar está inserida no Programa Melhor em Casa, criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, e é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências. É um serviço relativamente recente, do ponto de vista normativo e organizacional a nível federal, com propósito inovador, pois, o seu principal objetivo, é garantir uma assistência de qualidade aos pacientes que necessitem desse modelo de assistência, independente do diagnóstico, e, além disso, proporciona maior conforto e comodidade aos usuários, uma vez que o atendimento é realizado nos domicílios destes. O SAD apresenta os seguintes objetivos: redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde com a ampliação da autonomia dos usuários; e a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁴. A atual portaria que regulamenta a atenção domiciliar é a Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016.

Dessa forma, é possível perceber que as novas demandas para a política de saúde estão obtendo respostas, e este estudo vai analisar a eficácia desta, no processo de desospitalização para os pacientes de Goiânia internados do HUGO. Tendo em vista que se trata de um modelo de assistência que gradativamente vai aumentando a procura, seja pelo fato do envelhecimento populacional, por doenças crônicas, ou pelas causas externas.

Pode-se elencar três formas de acesso ao SAD: Indicação pelos serviços que compõe a rede de atenção, este tipo de acesso está relacionado, em grande medida, à alta hospitalar ou encaminhamento para o SAD a partir dos serviços de urgência e emergência;

Demanda espontânea, em que os próprios familiares acessam o SAD através do contato telefônico ou da procura direta na sede, e a Busca Ativa em que as equipes da Atenção Domiciliar devem organizar seu processo de trabalho para realizar visitas, pactuadas com as gerências e equipes de saúde destes serviços com o objetivo de reconhecer os pacientes que poderiam ter seu cuidado realizado no domicílio. Em qualquer uma das formas de acesso, serão analisados os critérios de inclusão no serviço, ou seja, os pacientes que não atenderem aos critérios estabelecidos na Portaria N° 825 de 2016, não serão elegíveis, porém, terão sua demanda encaminhada ao serviço de referência.

Os critérios de inclusão podem ser divididos em clínicos e administrativos sendo que os critérios clínicos dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita. Já os critérios administrativos se referem aos quesitos administrativos/operacionais/legais necessários para que o cuidado em atenção domiciliar seja realizado. Destacam-se alguns desses critérios: residência no território de cobertura da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD); consentimento formal do paciente ou familiar/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento; responsável que exerça a função de cuidador, quando o usuário encontra-se com dependência funcional; encaminhamento do médico assistente com relatório minucioso, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do usuário; realização de visita pré-admissional por parte da equipe da atenção domiciliar; ambiência domiciliar e não há restrição quanto à idade. Ressalta-se que estes critérios devem ser avaliados caso a caso, reconhecendo-se a singularidade do paciente e suas necessidades.⁵

A atenção domiciliar está organizada em três modalidades que atendem diversos perfis de pacientes; Atenção Domiciliar 1 (AD1) que é referenciada pela Atenção Básica e atende pacientes que demandam menor frequência de visitas, e menor necessidade de intervenções da equipe. AD2 e AD3 que são referenciados pelo Serviço de Atenção Domiciliar do município por meio da Secretária Municipal de Saúde. Estas modalidades atendem os pacientes que necessitam de intervenções com mais frequência, sendo que o AD3 é indicado para pacientes com maior nível de complexidade nas intervenções. Porém, vale lembrar que, apesar do Programa ser a nível nacional, cada município deve aderir ao serviço, tendo em vista que somente os municípios que fizerem a adesão recebem o financiamento do serviço.

O Serviço de Atenção Domiciliar é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)⁴. A EMAD é formada basicamente pelos seguintes profissionais: médicos; enfermeiros; fisioterapeuta ou assistente social e técnico de enfermagem. Sendo que a EMAP deve possuir pelo menos três profissionais de nível superior. Os profissionais de nível superior que podem compor a EMAP são: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico ou terapeuta ocupacional.

Pretende-se, dessa forma, conhecer a contribuição do SAD para o HUGO, e sua relevância na desospitalização de pacientes que moram no município de Goiânia. Uma vez que o SAD é entendido também como um mecanismo de agilização para uma alta segura, conforme preconiza a portaria que o regulamenta.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi construído por meio da pesquisa de campo, com abordagem quantiqualitativa, em que as abordagens não se opõem, ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por elas interagem dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.⁶ Trata-se de um estudo do tipo documental, prospectivo e descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUGO sob o número do parecer: 1.965.767/ 2017. A pesquisa durou seis meses, entre abril a setembro de 2017.

A pesquisa bibliográfica foi utilizada durante todo o desenvolvimento do estudo. Ou seja, foram realizadas leituras que discorrem sobre o tema pesquisado, e outros assuntos pertinentes que poderiam se agregar ao estudo.

Para realizar a coleta dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, composta de 8 questões alternadas entre perguntas abertas e fechadas, para os cuidadores/familiares e 4 questões abertas para os profissionais médicos, bem como para a coordenadora da divisão de Serviço Social. As entrevistas foram consentidas por todos os participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em relação à aplicação da pesquisa de campo se deu de forma individual, em que cada participante respondeu as questões em dias e horários diferentes e separadamente,

proporcionando assim um melhor entendimento sobre as respostas coletadas no contexto de cada entrevistado.

Foi elaborada estatística descritiva na forma de tabelas com distribuições de frequências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o proposto no estudo, para adentrar na discussão das informações colhidas pela pesquisa, faz-se necessário primeiramente traçar o perfil dos pacientes demandantes do SAD no HUGO. Tendo em vista que são dados importantes para a caracterização dessa população. A tabela 1 apresenta os respectivos dados coletados.

Tabela 1 – Perfil dos usuários do SAD no HUGO no período de fev/jun de 2017.

| Variáveis | Participantes da Pesquisa | Total (%) |
|------------------------------|---------------------------|-----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 2 | 22% |
| Feminino | 7 | 78% |
| Faixa etária | | |
| Entre 50 e 59 anos | 3 | 34% |
| Entre 60 e 69 anos | 1 | 11% |
| Entre 70 e 79 anos | 1 | 11% |
| Maiores de 80 anos | 3 | 33% |
| Com menos de 40 anos | 1 | 11% |
| Perfil Socioeconômico | | |
| Até um salário mínimo | 5 | 56% |
| Mais de um salário mínimo | 1 | 11% |
| Não responderam | 3 | 33% |
| Situação familiar | | |
| Moram com familiar | 9 | 100% |
| Moram com outros | 0 | 0% |
| Diagnóstico | | |
| AVC | 5 | 56% |
| Várias comorbidades | 3 | 33% |
| PNM | 1 | 11% |

Fonte: a própria autora.

Os dados mostram a predominância das mulheres, conforme demonstrado na tabela 1 com 78% dos pacientes requerentes do serviço. Embora o SAD também atenda bastante pacientes homens, o predomínio foi do sexo feminino durante a coleta dos dados. Inclusive os (as) acompanhantes desses pacientes, eram também, em sua maioria, mulheres. Em relação às acompanhantes, fica clara uma característica cultural brasileira, em que as mulheres geralmente são quem assumem o papel de cuidador (a) ou acompanhante dos pacientes. Sendo assim, os pacientes homens, elegíveis para o SAD foram de 22%.

No tocante à faixa etária dos pacientes, percebe-se que houve certa equivalência entre as idades, sendo a maioria, apresentada por 34% destes, com idade entre 50 e 59 anos, seguida pelos maiores de 80 anos, com 33% do total dos pacientes pesquisados. Portanto é possível perceber que os pacientes que já não são idosos, estão envelhecendo em um contexto de vulnerabilidade social e fragilidades físicas, em decorrência de suas condições de saúde. Isso significa dizer que, estas pessoas irão necessitar de muito mais que o Atendimento Domiciliar, tendo em vista que, se trata de famílias pobres que requerem do Estado políticas públicas mais efetivas, em relação à proteção social. Ou seja, a população está envelhecendo, e o Estado deve criar medidas para que esse fenômeno não gere sérios problemas para a sociedade, por exemplo, no que diz respeito à Seguridade Social, que terá que abarcar uma quantidade bem maior de demandantes de suas ações com o aumento das pessoas idosas no país. O Brasil já conta com grandes avanços no que se refere às políticas voltadas para a atenção da pessoa idosa. Embora isso não signifique que esta população esteja em sua maioria amparada social e economicamente da forma como deveria está.

Dos pacientes entrevistados, todos informaram que residem com familiares, sendo 100% dos pesquisados. Esse dado demonstra a relevância que tem o papel da família, em relação aos cuidados e responsabilidades com os pacientes. A família independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre o sujeito e a coletividade, delimitando, continuamente os deslocamentos entre o público e o privado, bem como geradora de modalidades comunitárias de vida. Todavia, não se pode desconsiderar que ela se caracteriza como um espaço contraditório, cuja dinâmica cotidiana de convivência é marcada por conflitos e geralmente, também, por desigualdades, além de que nas sociedades capitalistas a família é fundamental no âmbito da proteção social.⁷ Inclusive, vale lembrar que um dos critérios para elegibilidade do SAD, é o paciente possuir um cuidador, que embora, não precisa ser necessariamente um familiar,

mas em geral, acaba sendo alguém da família que assume esse papel.

No que se refere esse assunto, Silva e Stelmacke⁸ afirmam que assumir em casa o papel de cuidador familiar já faz parte da rotina de muitas famílias brasileiras. Assume-se por escolha ou por falta desta, por obrigação ou por gratidão, por amor ou por falta desta, os sujeitos, doentes, cuidador e família dependem, uns dos outros para que haja uma relação saudável no cuidado domiciliar, nem sempre tranquila, mas necessária: o papel de cada um interfere e complementa o do outro nessa relação cheia de contradições.⁸ Ou seja, a família às vezes, assume a responsabilidade de ser o cuidador por motivos de dificuldades em pagar alguém com curso técnico, por exemplo. Entre outros motivos, tendo em vista que se trata de pessoas/famílias pobres.

No que concerne sobre a situação socioeconômica dos sujeitos pesquisados, observa-se que a maioria, 56% deles, vive com a renda de um salário mínimo vigente, conforme mostram os dados da tabela 1. Somente 11% informaram possuir renda superior a um salário mínimo. Esse é outro dado que evidencia a situação de vulnerabilidade das pessoas e/ou famílias usuárias da política de saúde. E é nesse contexto que se faz indispensável à intervenção dos (as) assistentes sociais em uma perspectiva de garantia de direitos, a fim de viabilizar as demandas sociais, e contribuir com a formação do processo de autonomia dos usuários. Haja vista que na dinâmica da sociedade, as expressões da desigualdade social se reconfiguram, exigindo dos (as) assistentes sociais um compromisso profissional e atitudes propositivas.

Percebe-se, assim, que os pacientes com perfil para o SAD, são pessoas que apresentam múltiplas demandas. Embora, às vezes estas não sejam explicitadas, elas são claramente percebidas pelo assistente social, uma vez que, este profissional em seu compromisso ético-político com a profissão, realiza os atendimentos baseado na ideia da totalidade, ou seja, o paciente/família é visto como sujeito de direitos, não como um carente que pede por favores pontuais.

A pesquisa identificou ainda que a maioria dos pacientes pesquisados, 56% apresentaram diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC). Seguidos pelos 33% que possuem mais de uma comorbidade, como por exemplo; hipertensão, sequelas de AVC prévio, etc. Conforme consta na tabela 1.

Sobre a expectativa do familiar/cuidador em relação ao SAD, após a alta do paciente, as respostas seguiram no mesmo sentido. Ou seja, esperam que o SAD contribua com uma

melhor assistência ao paciente, além de afirmarem que se sentirão mais seguros com relação aos cuidados prestados na assistência. Conforme segue adiante algumas respostas dos pesquisados: “*As famílias precisam de apoio, porque lidar com paciente acamado não é fácil e eles (O SAD) dão um suporte*” afirma a entrevistada 1.

A entrevistada 2 faz a seguinte afirmação: “*Eu acho importante, trás segurança para o paciente, tanto quanto para quem vai está cuidando do mesmo. Trata-se de saúde, vida e temos que observar com mais amor e responsabilidade*”.

Percebe-se assim, que a atenção domiciliar gera nas famílias uma expectativa positiva no sentido de poder contar com melhorias na assistência prestada, além do suporte nos cuidados do paciente que recebe alta hospitalar. É o que fica claro nas afirmações destes, quando entrevistados. Porém, segundo o Caderno de Atenção Domiciliar, do Ministério da Saúde, a atenção domiciliar vai, além disso. Pois, possibilita, assim, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização.⁵

Os dados constantes na tabela 2 apresentam os resultados relativos à operacionalidade do SAD no HUGO.

Tabela 2 – Avaliação da operacionalidade do SAD no HUGO – fev/jun 2017.

| Opinião | Frequência absoluta | Percentual |
|----------------|----------------------------|-------------------|
| Eficiente | 1 | 9% |
| Lento | 6 | 55% |
| Burocrático | 4 | 36% |

Fonte: a própria autora.

Os dados foram coletados por meio da entrevista composta de perguntas abertas para os profissionais médicos, das enfermarias do hospital, bem como para a Coordenadora do Serviço Social, conforme mencionado anteriormente no item materiais e métodos.

Dessa forma, constatou-se que a maioria dos pesquisados, 55%, consideram a operacionalidade do SAD no HUGO, como um serviço lento, e 36% consideram burocrático. E apenas 9% julgaram como eficiente a forma como o serviço opera na instituição.

Nesse sentido, segue algumas falas dos entrevistados: *“Considero um pouco moroso (burocrático), o que pode refletir no tempo de internação do paciente”*. Afirma o entrevistado (a) 1. Outro dos entrevistados alega que o SAD de Goiânia *“Deveria facilitar para a família conseguir os equipamentos”*. O entrevistado 5 afirma que *“Uma das dificuldades do SAD de Goiânia, além da burocracia, é a falta de agilidade no processo de acionamento e avaliação deste”*.

Sendo assim, em relação à operacionalidade do SAD de Goiânia, no HUGO, fica claro que o serviço opera de forma vagarosa, o que pode incidir na alta dos pacientes, conforme mostram os dados da tabela 2.

As informações apresentadas na tabela 3 são referentes, à avaliação do SAD de Goiânia, como ferramenta para desospitalização de pacientes.

Tabela 3 – Avaliação do SAD como mecanismo de desospitalização no HUGO.

| O SAD reduz o período de internação dos pacientes? | | |
|--|---------------------|------------|
| Opinião | Frequência absoluta | Percentual |
| Sim | 8 | 89% |
| Não | 1 | 11% |

Fonte: a própria autora.

Os dados apresentados mostram que os entrevistados, apesar de terem avaliado o SAD como lento e/ou burocrático no processo de indicação dos pacientes para acessar o serviço, 89% deles, consideram que o SAD contribui para a redução do período de internação hospitalar. Ou seja, o objeto do estudo obteve resposta afirmativa, em relação ao Serviço de Atenção Domiciliar no processo de desospitalização de pacientes do HUGO.

Porém, fica evidente na tabela 2 que a operacionalização do serviço na instituição possui alguns pontos que requer aprimoramento, para que contribua de forma mais célere no processo das altas. Contudo, vale lembrar que o próprio SAD, estabelece critérios que por

vezes, demanda tempo das famílias, como por exemplo, indicar um cuidador. Haja vista, que muitas famílias devido às múltiplas expressões da questão social, apresentam dificuldades para designar um cuidador específico.

Em relação aos aprimoramentos supracitados, podem-se elencar alguns pontos que contribuem para uma indicação mais rápida dos pacientes elegíveis a atenção domiciliar, como por exemplo; articulação com a equipe do SAD de Goiânia para a elaboração de apenas um relatório médico com descrição do quadro clínico do paciente, diminuindo dessa forma, a quantidade de formulários para o acompanhante entender e manejar; aumentar a quantidade das visitas da equipe do SAD no hospital; e realização do trabalho de conscientização da equipe multiprofissional para que todos tenham conhecimento do serviço e os critérios para elegibilidade dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo observou que as demandas relativas à desospitalização dos pacientes elegíveis ao SAD, são demandas que requerem um tempo e dedicação exclusiva dos profissionais do serviço social. Pois é o assistente social que realiza as mediações entre o paciente e a equipe do SAD, até que este seja incluso no serviço. Por esse motivo, vale ressaltar a relevância do assistente social no processo da desospitalização, uma vez que esse profissional se torna a referência para o paciente e sua família durante todo o processo de trabalho da alta.

Além disso, fica evidente que a atenção domiciliar é um serviço relevante tanto para o hospital, quanto para a família, considerando que ambos serão favorecidos, ou seja, o paciente receberá os cuidados no conforto do seu domicílio, e o hospital por sua vez, terá mais leitos disponíveis para receber outros pacientes.

Vale ressaltar ainda, que a população pesquisada em sua totalidade, são pessoas que fazem parte da parcela dos marginalizados pelo modo de produção capitalista, e, esse é um dado que indica a necessidade e a importância das políticas sociais públicas, no sentido da efetivação da proteção social aos cidadãos, que são sujeitos de direitos, conforme abordado no início do estudo.

Portanto, o serviço social na política de saúde, é de extrema importância, considerando a grande demanda dos usuários, e seu perfil de vulnerabilidade social em seus múltiplos

aspectos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 2003.
2. Couto BR. O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível? São Paulo: Cortez; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>>. Acesso em: 25 ago. 16.
4. Brasil. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União. Brasília, 25 de abril de 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. volume 1. Brasília, abril de 2012.
6. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis-RJ: Vozes; 1999.
7. Brasil. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.
8. Stelmacke LL; Silva VR. Cuidadores Domiciliares: Uma Demanda Para a Ação Profissional dos Assistentes Sociais. Serviço Social e Sociedade, Londrina, v. 14, 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo do Melhor em Casa. Brasília, abril de 2012.
10. Gerir - Instituto de Gestão em Saúde; Hugo - Hospital de Urgências de Goiânia. Disponível em: <<http://www.gerir.org.br/hugo.php>>. Acesso em: 16 set. 14.