

A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UM ESTUDO SOBRE O PROGRAMA MELHOR EM CASA EM SANTARÉM-PA

Karina Oliveira Costa¹.

¹Universidade do estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/4327218085402707>

RESUMO: Este estudo analisa a operacionalização do Programa Melhor em Casa em Santarém (PA) sob a perspectiva do Serviço Social, compreendendo a atenção domiciliar como espaço estratégico de garantia de direitos e enfrentamento das expressões da questão social no território amazônico. Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, orientada pelo método dialético-crítico, realizada a partir da análise da atuação do assistente social no Serviço de Atenção Domiciliar vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Os achados permitem elaborar que a desospitalização, embora contribua para a humanização do cuidado e para a continuidade da assistência no domicílio, é tensionada por obstáculos estruturais, como precariedade do saneamento básico, barreiras geográficas e sobrecarga dos cuidadores familiares. Verificou-se que a visita domiciliar, associada à articulação intersetorial com a rede socioassistencial, constitui instrumento central para identificação de vulnerabilidades e mediação do acesso a direitos. Conclui-se que o fortalecimento da atuação ético-política e técnico-operativa do assistente social é fundamental para que a atenção domiciliar se efetive como prática de cidadania, proteção social e defesa do Sistema Único de Saúde na região amazônica.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Serviços de Assistência Domiciliar. Sistema Único de Saúde.

SOCIAL WORK INTERVENTION IN HOME CARE: A STUDY OF THE “MELHOR EM CASA” PROGRAM IN SANTARÉM, PARÁ

ABSTRACT: This study analyzes the implementation of the Melhor em Casa Program in Santarém, Pará, from the perspective of Social Work, understanding home care as a strategic space for guaranteeing rights and addressing the expressions of the social question in the Amazon region. It is a qualitative and descriptive study, of the experience report type, based on the dialectical-critical method, developed through the analysis of the social worker's role in the Home Care Service linked to the Municipal Health Department. The findings suggest that dehospitalization, although it contributes to the humanization of care and continuity of

treatment at home, is challenged by structural obstacles such as poor sanitation, geographic barriers, and the overload imposed on family caregivers. The study found that home visits, combined with intersectoral articulation with the social assistance network, are central instruments for identifying vulnerabilities and mediating access to rights. It is concluded that strengthening the ethical-political and technical-operative role of social workers is essential for home care to become an effective practice of citizenship, social protection, and defense of the Unified Health System in the Amazon region.

KEY-WORDS: Social Work. Home Care Services. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), materializada pelo Programa Melhor em Casa no Sistema Único de Saúde (SUS), representa um avanço estratégico na humanização da assistência ao permitir o cuidado no ambiente de referência do sujeito, funcionando como uma modalidade substitutiva ou complementar à internação hospitalar. Em Santarém, no Oeste do Pará, a implementação deste serviço pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) desde 2018 visa a desospitalização de pacientes de unidades de saúde, como de um hospital municipal, uma unidade de pronto atendimento 24hrs e um hospital de média e alta complexidade da região, configurando-se como um elo vital para garantir a continuidade do cuidado especializado e a afirmação do projeto ético-político do Serviço Social frente às contradições e particularidades da logística fluvial e terrestre do território amazônico.

Nesse contexto, a intervenção do assistente social é balizada pela compreensão da “questão social” como expressão das desigualdades entre capital e trabalho, manifestada na região pela precariedade habitacional e barreiras geográficas (Iamamoto, 2015). Sob a lente de Mota (2013), a prática profissional deve combater o assistencialismo, utilizando a visita domiciliar para desvelar carências materiais que o olhar biomédico muitas vezes invisibiliza.

Portanto, o objetivo deste estudo é analisar a operacionalização do Programa Melhor em Casa em Santarém sob a ótica do Serviço Social, identificando os desafios para a garantia da dignidade humana frente à tendência contemporânea de “familiarização do cuidado”. Busca-se investigar como a instrumentalidade profissional pode atuar para que a desospitalização não resulte na transferência da responsabilidade estatal para a esfera privada da família, sobrecarregando o núcleo familiar responsável pelo cuidado, mas sim na consolidação de uma rede de proteção social integral e resolutiva no território do Baixo Amazonas.

METODOLOGIA

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo de natureza qualitativa e descritiva, do tipo relato de experiência, pautada no método dialético-crítico. Segundo Yamamoto (2015), a análise da prática profissional exige que o pesquisador vá além da aparência dos fenômenos, buscando suas determinações históricas e sociais.

O cenário da investigação é o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Programa Melhor em Casa, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, no interior da Amazônia. O percurso metodológico ocorreu a partir da vivência da residente em serviço social, de um programa de residência multiprofissional de saúde, e envolveu a análise do fluxo de atendimento pela equipe. A análise dos dados foi fundamentada na categoria de “totalidade”, articulando as diretrizes do Ministério da Saúde com as particularidades da questão social no Baixo Amazonas.

PROGRAMA MELHOR EM CASA

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), operacionalizado em Santarém desde 2018 sob a égide do programa federal “Melhor em Casa”, constitui uma estratégia central da gestão municipal, via Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), para a consolidação da Rede de Atenção à Saúde regional. Esta modalidade assistencial se encontra juridicamente balizada pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefiniu a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Caracterizado como uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar à internação hospitalar, o SAD fundamenta-se na desospitalização precoce e segura, atendendo aos princípios de integralidade e descentralização previstos na Lei nº 8.080/1990. No campo do Serviço Social, tal estratégia dialoga com a necessidade de decifrar as expressões da questão social no território, categoria que, segundo Yamamoto (2015), exige que o profissional apreenda a realidade para além da aparência, conectando a política de saúde às condições reais de vida da população.

A lógica norteadora desta política pública no município ancora-se na tríade da eficiência assistencial: a redução da demanda por leitos hospitalares, o encurtamento do tempo de internação e a mitigação dos riscos de infecções hospitalares. Ao transferir o cuidado para o ambiente doméstico, o modelo não apenas otimiza a gestão de recursos, mas operacionaliza a humanização da assistência em estrita observância à Política Nacional de Humanização (PNH), consolidada pela Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. No entanto, como observa Mota (2013), o assistente social deve estar atento à tendência de “familiarização do cuidado”, garantido que a proposta de humanização não encubra a desresponsabilização do Estado ou a transferência excessiva de encargos para as famílias. Tal dinâmica permite uma gestão racional dos recursos públicos e a otimização na rotatividade dos leitos de unidades críticas, como o Hospital Municipal de Santarém (HMS), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Hospital

Regional do Baixo Amazonas (HRBA). Sob essa perspectiva, a Portaria nº 3.588/2017 situa o SAD como componente estratégico e indispensável da Rede de Atenção às Urgências local.

A operacionalização do serviço é viabilizada por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP), cujas composições e competências são regulamentadas pela referida Portaria nº 825/2016. Este coletivo interdisciplinar integrado por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e fonoaudiólogos, realiza reuniões periódicas de matriciamento e avaliação. Estas instâncias são fundamentais para monitorar o desenvolvimento clínico e social dos atendimentos e alinhar o fluxo de desospitalização conforme a Resolução RDC nº 11/2006 da ANVISA. De acordo com Guerra (2013), a inserção do assistente social nessas equipes requisita a mobilização de uma instrumentalidade que articule a técnica à direção ético-política da profissão, permitindo que a racionalidade técnica do programa se submeta aos direitos sociais. O público-alvo abrange sujeitos em todas as fases do ciclo vital, respeitando-se o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990).

No território santareno, a capilaridade do serviço é garantida por fluxos regulamentados que asseguram a porta de entrada adequada a cada perfil de usuário. A primeira via de ingresso ocorre por encaminhamento direto da Atenção Primária, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou pela rede de urgência. Em situações específicas de incapacidade de locomoção, a equipe da Atenção Primária identifica a necessidade de assistência domiciliar para mitigar riscos infecciosos e garantir o acesso. Entretanto, o processo de desospitalização constitui a porta de entrada mais dinâmica do programa no município. Este fluxo é rigorosamente condicionado à estabilidade clínica do paciente, ocorrendo quando o indivíduo demanda intervenções especializadas para a recuperação completa, exigindo que o cuidado domiciliar atue como uma extensão qualificada do tratamento hospitalar.

Dessa forma, a integração assistencial em Santarém se operacionaliza por meio de uma interlocução técnica persistente entre as equipes do SAD e a rede socioassistencial municipal. Essa sinergia garante que o suporte clínico seja indissociável da viabilização de direitos e do enfrentamento das vulnerabilidades socioeconômicas territoriais. Sob essa lente, a intersetorialidade se afirma como o mecanismo basilar para que a desospitalização e os encaminhamentos domiciliares culminem na efetiva integralidade da atenção. Tal articulação não apenas otimiza o fluxo da rede de urgência local, mas reafirma o compromisso ético-político do SUS com a dignidade e a justiça social das populações amazônicas, assegurando, em conformidade com o projeto deferido por Netto (2006), que a alta hospitalar signifique a continuidade de um cuidado especializado e protetivo focado na emancipação dos sujeitos.

A “QUESTÃO SOCIAL” NO TERRITÓRIO AMAZÔNICO

A análise da “questão social” no território amazônico exige compreender que ela não se manifesta de forma homogênea no país, assumindo contornos específicos em virtude das particularidades históricas e geográficas locais. Conforme assevera Iamamoto (2015), a questão social é a expressão das desigualdades produzidas na tensão entre capital e trabalho, constituindo o objeto de intervenção do assistente social. Em Santarém, no Oeste do Pará, essas expressões são agudizadas por uma “geografia da exclusão”, onde a ausência de saneamento básico e as barreiras de acesso aos serviços revelam a face mais perversa da desigualdade. Sob a lente crítica de Mota (2013), essa realidade deve ser analisada à luz do desmantelamento das políticas universais, visto que a saúde domiciliar tensiona o limite entre a responsabilidade do Estado e a solidariedade familiar, transferindo o ônus do cuidado para famílias já pauperizadas.

O isolamento e as extensas distâncias do Baixo Amazonas não constituem meros obstáculos logísticos, mas determinantes sociais que dificultam a aplicação prática do Programa Melhor em Casa. Na perspectiva de Iamamoto (2015), o território é o palco onde as relações sociais se materializam; na Amazônia, esse cenário é marcado pela “distância-tempo”, onde o acesso à saúde é condicionado pelo regime das águas ou pela precariedade das vias nos bairros periféricos e comunidades ribeirinhas. Essa realidade desafia o assistente social a decifrar como a localização redefine a cronicidade do processo saúde-doença. Quando o isolamento impede a resposta pronta da equipe ou o acesso à rede de apoio, ocorre a agudização da questão social, transformando o domicílio em um espaço de resistência isolado da rede de proteção.

Dessa forma, a região vivencia uma profunda contradição: ao mesmo tempo em que é estratégica para o desenvolvimento econômico, suas populações enfrentam vazios assistenciais significativos. Como discute Mota (2013), a universalidade do SUS é testada quando as políticas públicas não superam as barreiras territoriais, gerando uma seletividade involuntária que beneficia o núcleo urbano em detrimento das áreas remotas. Para o assistente social, a intervenção exige uma atuação que transcenda a burocracia e se pautem na defesa da equidade. Entender a distância física como expressão da desigualdade socioeconômica é fundamental para que o profissional, orientado pelo projeto ético-político defendido por Netto (2006), atue na articulação intersetorial criativa, garantindo que o direito à saúde alcance todos os domicílios, independente das coordenadas geográficas ou das especificidades culturais do povo tapajônico.

A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO ÉTICO-POLÍTICO

A visita domiciliar no âmbito do Programa Melhor em Casa em Santarém transcende o procedimento administrativo, constituindo-se como o instrumento técnico-operativo que materializa a direção ético-política do Serviço Social. Conforme Iamamoto (2015), a visita viabiliza o “mergulho na vida cotidiana”, permitindo que o profissional apreenda a realidade

do usuário para além da patologia clínica. Enquanto a equipe multiprofissional concentra-se na reabilitação biológica, o assistente social desvela as dinâmicas familiares e carências materiais que compõem o domicílio, compreendendo-o como um território de reprodução social onde desigualdades de classe, gênero e raça incidem diretamente sobre o sucesso do tratamento.

Nesse cenário, a figura do cuidador familiar emerge como elemento central da análise crítica na atenção domiciliar. Sob a ótica de Ana Elizabete Mota (2010; 2013), vivencia-se um processo de “nova imoralidade política”, no qual o Estado, sob o manto da eficiência administrativa e do discurso da humanização, tende a transferir para a esfera privada responsabilidades assistenciais que deveriam ser garantidas pelo aparato público. No cotidiano das visitas realizadas pela equipe em Santarém, observa-se que essa “familiarização do cuidado” pode ser evidenciada em alguns momentos, com membros do núcleo familiar assumindo a complexa gestão da saúde no lar, muitas vezes sem o suporte técnico e material necessário. Como ressalta Iamamoto (2015), as expressões da questão social são perpassadas pelas condições de reprodução social das famílias pauperizadas, traduzindo-se, no contexto local, em familiares que abdicam de suas trajetórias laborais e projetos pessoais para se dedicarem integralmente ao suporte de pacientes nas modalidades AD2 ou AD3, enfrentando o isolamento e a precarização dos vínculos. No contexto amazônico, essa realidade é agravada pelas dificuldades de mobilidade e pela escassez de serviços periféricos, o que sobrecarrega as redes de solidariedade primária.

Dessa forma, a intervenção do assistente social deve romper com a visão romântica e idealizada da “família cuidadora” para encarar a realidade da exploração do afeto e da carência de infraestrutura urbana. O profissional deve atuar para que o cuidado domiciliar não se torne sinônimo de abandono estatal ou de destino compulsório imposto pela ausência de políticas públicas universais, mas sim uma parceria sólida amparada por suporte institucional ininterrupto. Isso exige uma postura propositiva, pautada na instrumentalidade profissional (GUERRA, 2013), que politize o cotidiano e articule o Programa Melhor em Casa com a rede socioassistencial (CRAS/CREAS), garantindo que os familiares acessem direitos, segurança de renda e suporte psicossocial. Ao reconhecer as contradições socioeconômicas do território, o Serviço Social em Santarém promove uma assistência que valoriza tanto o paciente quanto o grupo familiar, integrando-os em uma rede de cidadania ativa e proteção social integral, conforme o projeto ético-político da profissão sistematizado por Netto (2006). Esta prática técnica, orientada pela militância ética, busca assegurar que a atenção domiciliar no Baixo Amazonas se consolide como um direito social inalienável e não como um paliativo à escassez de leitos hospitalares.

DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA: O FLUXO EM SANTARÉM

A dimensão técnico-operativa do Serviço Social no Programa Melhor em Casa em Santarém constitui o “saber-fazer” profissional. Conforme assevera Marilda Iamamoto (2015),

a instrumentalidade não é um fim em si mesma, mas o meio pelo qual o assistente social imprime uma direção social transformadora à sua prática, viabilizando uma desospitalização que transcende a alta clínica ao exigir condições básicas de habitabilidade e suporte familiar. O objetivo é assegurar a continuidade do tratamento no domicílio, mitigando o ciclo de reinternações que sobrecarrega a rede pública.

Nesse fluxo integrado que envolve UPA 24h, hospital municipal e regional, o profissional atua, sob o referencial de Yolanda Guerra (2013), como “ponte” entre a carência do indivíduo, agudizada pela enfermidade, e a política social como dever estatal. Essa mediação se materializa na articulação intersetorial com o CRAS (focado na prevenção e inserção no Cadastro Único) e com o CREAS (voltado para famílias em situação de risco ou com direitos violados). Essa interlocução é decisiva para viabilizar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), indispensável para garantir a dignidade e a sustentabilidade econômica de pacientes de alta complexidade (AD2 e AD3), configurando-se como uma tática de combate à pobreza estrutural.

Para que essa rede seja efetiva na realidade tapajônica, o acolhimento adota uma linguagem acessível e sensível às particularidades regionais. O assistente social opera como um “tradutor” das complexas normas institucionais para o universo cultural local, democratizando as informações e preservando o protagonismo e a dignidade do sujeito.

No espaço doméstico, a intervenção profissional utiliza a escuta qualificada e o fortalecimento dos vínculos familiares para enfrentar a precarização denunciada por Mota (2013), que critica a tendência estatal de delegar obrigações públicas à esfera privada da família. O suporte contínuo ao cuidador familiar visa atenuar o desgaste físico e emocional inerente à cronicidade, ressignificando a visita domiciliar como um território de proteção e reconstituindo laços de solidariedade essenciais no contexto amazônico.

Dessa forma, a instrumentalidade do Serviço Social no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Santarém se manifesta na capacidade política de converter o ato técnico em garantia de direitos. Ao priorizar a mediação socioassistencial e a avaliação criteriosa das condições sociais, o profissional assegura uma alta segura e integral, rompendo com a lógica puramente biomédica e garantindo que o retorno ao lar não signifique a desassistência.

O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO EM MOVIMENTO

A atuação do assistente social no Programa Melhor em Casa exige uma postura que transcenda o pragmatismo institucional, situando-se na unidade dialética entre o “técnico e o militante”. Esta premissa, pilar do Projeto Ético-Político contemporâneo, pressupõe que o profissional não se limite a ser executor de tarefas, mas um sujeito social que imprime uma direção teleológica intencional e consciente ao seu exercício laboral. Conforme assevera Iamamoto (2015), o agir qualificado demanda o amálgama indissociável entre competência técnica, clareza política e compromisso ético. No cotidiano da Secretaria Municipal de Saúde

(SEMSA), tal vigilância é indispensável para garantir que a atenção domiciliar não seja capturada por uma lógica fiscalista de redução de custos, mas consolidada como política de humanização e proteção da dignidade humana (SEMSA, 2024).

Esse projeto, sistematizado por Netto (2006), fundamenta-se na defesa intransigente dos direitos humanos e na recusa a qualquer forma de opressão. No fluxo de desospitalização santareno, a ética entra em movimento quando o profissional problematiza altas hospitalares para domicílios sem condições sociais mínimas de acolhimento. A “militância” referida despoja-se de conotações partidárias para assumir um caráter estritamente profissional: trata-se do compromisso com as necessidades da classe trabalhadora, assegurando que o lar não se torne um depósito de doentes desamparados pelo Estado, mas um território de cuidado integral com suporte estatal efetivo.

Dessa forma, a clareza política permite ao assistente social desvelar as contradições intrínsecas ao programa. Enquanto a gestão foca na eficiência da rotatividade de leitos, a racionalidade profissional prioriza a qualidade de vida do usuário e a saúde do cuidador. A competência técnica atua, então, como ferramenta de proteção jurídica e social, materializando-se em relatórios densos, mediações intersetoriais e orientações que empoderam a família frente ao aparato institucional. Em suma, a prática no SAD Santarém reafirma que a técnica, quando despida de ética, torna-se instrumento de alienação; contudo, quando orientada pelo Projeto Ético-Político, converte-se em um potente mecanismo de emancipação social e de fortalecimento do SUS (SEMSA, 2024).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise da prática profissional no âmbito do Programa Melhor em Casa em Santarém revela que a operacionalização do fluxo de desospitalização, embora tecnicamente estruturada, é atravessada pelas contradições estruturais da região amazônica. Os dados observados demonstram que o acesso via Hospital Municipal, Hospital Regional e UPA 24h funciona como uma importante estratégia de gestão de leitos, mas a efetivação do cuidado no domicílio esbarra na precariedade dos determinantes sociais de saúde.

O impacto da “geografia da exclusão” no cotidiano assistencial revelou que as classificações de alta complexidade (AD2 e AD3) são agravadas pelo isolamento territorial. Em Santarém, a “distância-tempo” e a precariedade do saneamento nos bairros periféricos e comunidades ribeirinhas redefinem o processo saúde-doença. Esse cenário exige que o Assistente Social atue além do consultório, mediando o acesso a direitos básicos negados pela ausência de infraestrutura urbana (SEMSA, 2024).

A discussão sobre a figura do cuidador confirmou a tese de Mota (2013) sobre a “familiarização do cuidado”. Observou-se que o acompanhamento de tratamentos complexos é assumido prioritariamente pelo núcleo familiar, muitas vezes sem o suporte institucional necessário. Esse cenário evidencia que, para a desospitalização ser efetiva, é

indispensável uma rede de apoio presente e estruturada. Sem ela, o cuidado se restringe ao âmbito doméstico, o que traz desafios significativos para os familiares e dificulta a equidade no acesso ao bem-estar social.

Por fim, os resultados apontam que a instrumentalidade do Serviço Social tem sido fundamental para romper com a lógica puramente biomédica do programa. Através da articulação intersetorial com CRAS e CREAS e da viabilização de benefícios como o BPC, a intervenção profissional em Santarém tem buscado garantir que a humanização do atendimento seja acompanhada pela segurança social efetiva. Os dados discutidos reafirmam a necessidade de um perfil profissional “técnico-militante”, capaz de converter a desospitalização em um exercício real de cidadania e defesa intransigente do SUS no Oeste do Pará.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da intervenção do Serviço Social no Programa Melhor em Casa em Santarém evidencia as tensões inerentes à política de atenção domiciliar, especialmente no contexto amazônico. Essa atuação se situa em um terreno de contradições, pois, ao mesmo tempo que busca a humanização ao retirar o paciente do ambiente hospitalar, esbarra na realidade da precarização social. Evidenciou-se que a desospitalização não se encerra no ato técnico da alta clínica, mas exige uma rigorosa mediação profissional para garantir que o retorno ao domicílio não se converta em desassistência. Fundamentada no projeto ético-político profissional, a prática do assistente social residente demonstrou que a instrumentalidade, quando orientada pela clareza política, é capaz de converter a visita domiciliar em um potente instrumento de decifração da realidade, desvelando as carências materiais e as relações de poder que permeiam o cotidiano dos usuários).

Ficou demonstrado que a “questão social” no território santareno, agudizada pela geografia da exclusão e pela precariedade dos determinantes sociais de saúde, impõe limites concretos à universalidade do SUS. A reflexão sobre o papel do cuidador dialoga com o conceito de “familiarização do cuidado”, que destaca a centralidade da família no acompanhamento de tratamentos de saúde no domicílio. Para que o processo de desospitalização alcance seus melhores resultados, é muito importante que o núcleo familiar conte com a parceria de redes de apoio institucionais. Quando essa integração entre o suporte técnico e o carinho familiar acontece de forma estruturada, o cuidado torna-se mais sustentável, ajudando a equilibrar a rotina de quem cuida e promovendo uma maior equidade social no acesso ao bem-estar. Nesse cenário, o Serviço Social reafirma sua relevância ao atuar no suporte ao cuidador e na articulação intersetorial com os CRAS e CREAS, combatendo a fetichização da ajuda e buscando transformar o domicílio em um espaço de recuperação digna e emancipação social, ao invés de um depósito de doentes desamparados por políticas públicas focalizadas.

Portanto, conclui-se, na perspectiva da assistência social, que para o fortalecimento do Programa Melhor em Casa no Baixo Amazonas, é imperativo que a gestão pública invista na institucionalização de fluxos de rede mais céleres e na formação contínua das equipes multiprofissionais sob uma perspectiva crítica. A atuação “técnico-militante”, deve continuar pautando a defesa intransigente da dignidade humana, garantindo que a atenção domiciliar seja uma estratégia de justiça social e não apenas de redução de custos operacionais. Em última instância, este estudo reafirma que o “Melhor em Casa” para a população santarena deve ser sinônimo de cidadania plena, onde o direito à saúde seja garantido em sua totalidade, independentemente das barreiras geográficas ou sociais que marcam a complexa realidade amazônica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção domiciliar (Melhor em Casa)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013/2020 (conforme edição usada). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Melhor em Casa: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/melhor-em-casa>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 27. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

MOTA, Ana Elizabete (Org.). **A Nova Imoralidade Política:** Trabalho, Mercado e Assistência. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. **O feitiço da ajuda:** as determinações do Serviço Social na política de saúde. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2006.

SANTARÉM. Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Protocolo de Fluxo do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Santarém: SEMSA, 2024.