

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

CRISTINE SCHMIDT

**ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DO
PROGRAMA MELHOR EM CASA E SUAS REPERCUSSÕES PARA AS
FAMÍLIAS**

FLORIANÓPOLIS

2013

CRISTINE SCHMIDT

**ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DO
PROGRAMA MELHOR EM CASA E SUAS REPERCUSSÕES PARA AS
FAMÍLIAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS

2013

CRISTINE SCHMIDT

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^ª Keli Regina Dal Prá
Orientadora

Assistente Social Mestre Francielle Lopes Alves
1^ª Examinadora

Prof^ª Mestre Samira Safadi Bastos
2^ª Examinadora

Florianópolis, dezembro de 2013

*Dedico este trabalho a Deus, por seu
incompreensível amor.*

AGRADECIMENTOS

Quando penso em agradecimentos sinto que estes não podem ser expressos em palavras. Sinto que não existem palavras que mensurem suficientemente a amplitude de minha gratidão. Gratidão simplesmente não se explica e não se resume. Gratidão se vive. Este item apenas demonstra algo que busco expressar com minha vida. Gratidão a todos que fizeram parte dessa jornada e que permanecerão como pedras nesta construção.

Agradeço acima de todos e de qualquer um a Deus, por ser sempre meu porto seguro e meu amparo, o autor dos meus dias. Eu não existiria sem Você. Não existiria vida em mim sem Você.

Agradeço incansavelmente à minha família, aquela que é de sangue e também aos que se fizeram família.

Aos meus pais, Raul Schmidt e Sandra Mari Schmidt, pelo constante apoio e compreensão, pela vida que a mim dedicaram. Agradeço pelo exemplo de força, pela vida, pelos aprendizados, pela dedicação e pelo amor.

À minha irmã, Caroline Schmidt, pela amizade permanente, pela força que me deu e pelas diversas discussões teóricas, por me incentivar nessa jornada e me compreender.

À Caroline Mendes, por ser minha amiga mais chegada, alguém a quem considero como irmã, e por me permitir compartilhar de sua vida. Sou grata pelo apoio e por saber que sempre poderei contar contigo.

Agradeço também a todos os amigos que fizeram parte desta caminhada, aos que já vêm de longa data e aos que se fizeram nestes quatro anos e meio. Agradeço aos colegas de estudo e de estágio, e, em especial, às amizades que permanecerão.

Agradeço a todos os professores e profissionais que auxiliaram na jornada da minha formação e tenho o prazer de afirmar que carrego em mim sementes que vocês plantaram.

Agradeço em especial à minha orientadora Keli Regina Dal Prá que acreditou em mim e me privilegiou ao escolher me orientar. Sou grata pelo apoio, pelas reflexões, pela compreensão demonstrada com minhas limitações, por me acalmar e também apressar quando foi necessário, pelos risos, pela amizade e por esta jornada compartilhada. Sem você, com certeza, este trabalho não seria o mesmo, bem como, minha formação não seria a mesma.

Deixo aqui o meu “muito obrigada” a todos que fizeram parte desta caminhada e a todos que permanecerão. Sei que meus agradecimentos não mensuram minha intensa gratidão.

“A sabedoria de um homem não está em quanto ele sabe, mas no quanto ele tem consciência de que não sabe.” Augusto Cury

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso aborda o tema da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) como um modelo de atendimento à saúde que vem emergindo na atualidade fundamentado por duas razões: a possibilidade de humanizar o atendimento aos pacientes e reduzir os custos do Estado com internações hospitalares. Este modelo substitutivo do cuidado hospitalar trás repercussões para a família do paciente, que passa a realizar o cuidado do mesmo em ambiente domiciliar. O objetivo geral do trabalho é analisar o Programa Melhor em Casa e suas justificativas para implantação a partir de uma perspectiva crítica, percebendo as repercussões que sobrevêm à família. A metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho foi a revisão bibliográfica sobre as principais questões teóricas que envolviam o tema como a recuperação do histórico da atenção domiciliar no Brasil e no SUS, os conceitos envolvendo a atenção domiciliar e as repercussões da atenção domiciliar para as famílias. Como principais direções do estudo, têm-se que, apesar da humanização ser o grande slogan do Programa Melhor em Casa, percebe-se que o elemento fundante deste é, na verdade, a redução de gastos do Estado com hospitalizações. Ocorre a responsabilização da família do paciente que passa a ser acompanhado em domicílio para que esta proveja os cuidados necessários para manutenção e recuperação da saúde deste. Assim o Estado se desresponsabiliza e se afasta ao transferir suas responsabilidades para a família, necessitando lidar posteriormente com cuidadores adoecidos pela sobrecarga no cuidado.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar; Programa Melhor em Casa; Humanização do Cuidado; Desospitalização; Responsabilização Familiar.

ABSTRACT

This work of conclusion addresses the issue of home care in Sistema Único de Saúde (SUS) [the Unique Health System] as a model of health care that is emerging nowadays based on two reasons: the possibility of humanizing patient care and reducing the costs the State has with hospitalizations. This surrogate model of hospital care brings repercussions for the patient's family, who shall hold care of the patient in the home environment. The general objective of this work is to analyze the Melhor em Casa [Better at home] Program and its justifications for the program's implantation from a critical perspective, realizing the repercussions that falls on the family. The methodology used to develop the study was a bibliographical review of the main theoretical issues that involves the theme, as the recovery of the historic of home care in Brazil and SUS, the concepts involving home care and the repercussion of home care for families. As main directions of this study, we have that, despite humanization being the great slogan of Melhor em Casa [Better at Home] Program, one realizes that the most important element of the implantation of this program, in fact, is the reduction of state spending on hospitalizations. It occurs the accountability of the patient's family who happens to be accompanied at home so the family gives the necessary care for maintenance and recovery of the patient. This way the State distances from its responsibilities by transferring them to the family, needing to deal later, with diseased caregivers, because they are overburden by the care giving.

Keywords: Home care; Melhor em casa [Better at Home] Program; Humanization of Care; Dehospitalization; Family Accountability.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	45
Gráfico 2	46
Gráfico 3	47
Gráfico 4	48
Gráfico 5	48
Gráfico 6	49
Gráfico 7	51
Gráfico 8	52

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. ASPECTOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE E SUA REGULAMENTAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	14
2.1 – Cuidado domiciliar: apontamentos históricos.....	14
2.2 – Aspectos da regulamentação do cuidado domiciliar no SUS após os anos de 1990	21
3. ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: HUMANIZAÇÃO E PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO COMO MECANISMOS DE RESPONSABILIZAÇÃO DA FAMÍLIA.....	32
3.1 – Humanização e implantação do Programa Melhor em Casa	32
3.2 – A redução de gastos do Estado com as hospitalizações: um debate a partir da atenção domiciliar.....	43
3.3 - Atenção domiciliar e responsabilização da família	51
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	62

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca analisar os serviços de atendimento domiciliar à saúde, em especial o atual Programa Melhor em Casa e seus antecedentes, e discutir criticamente os pressupostos interligados à implantação deste Programa. Identificamos algumas das consequências para as famílias ao transferir os pacientes do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar. Estudamos o surgimento da atenção domiciliar e realizamos indicações a fim de desmistificar algumas imagens pré-formuladas dos efeitos da desospitalização, tais como os benefícios acarretados através do serviço ou dificuldades atreladas a este.

A proposta de atenção domiciliar surge no contexto de humanização na saúde e aparece como um benefício ao paciente/familiar em realizar seu tratamento/acompanhamento médico no domicílio, porém através da humanização percebemos a lógica de gerenciamento de leitos hospitalares e de redução de custos através da desospitalização.

Esta lógica mercantil acarreta em consequências para o paciente e para a família, compreendendo o afastamento do Estado e responsabilização da família nos cuidados do paciente que muitas vezes é totalmente dependente e não tem o suporte necessário do Estado para mantê-lo em domicílio. O cuidador do paciente possui o papel central para efetivação deste atendimento, e, na maioria das vezes, este cuidador é um dos familiares, assumindo a tarefa de cuidar enquanto responsabilidade familiar.

Através deste estudo busca-se contribuir para a elaboração de referenciais que subsidiem e adensem o pensamento crítico do Serviço Social na intervenção junto aos serviços sociais na área da saúde, para que não perpetuem uma visão naturalizada do discurso institucional apresentado. Estes discursos apresentam a humanização enquanto impulsora do processo de implantação do atendimento hospitalar, porém possuem um viés de redução de custos do Estado e de responsabilização familiar.

Este assunto torna-se relevante para o Serviço Social devido este ser um campo de atuação da profissão, que necessita ser estudado e compreendido em sua complexidade, visando à integralidade social dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar. O profissional de Serviço Social trabalha diretamente com as famílias inseridas

nesta forma de atendimento e lida com as demandas trazidas por estas, compreendendo o desgaste físico e emocional que aparece interligado à sobrecarga dos sujeitos como resultado de sua responsabilização pelo cuidado, e, conseqüentemente, percebe-se que estas situações afetam sua saúde e bem-estar, necessitando de posterior intervenção do Estado para sua recuperação.

A proposta da atenção domiciliar surge no contexto de humanização na saúde, porém atrelada a esta vemos o afastamento do Estado e nos deparamos com interesses da lógica mercantil no fundamento do Programa Melhor em Casa e demais serviços de atendimento domiciliar. Questiona-se a humanização como é apresentada institucionalmente e ressalta-se a importância da não perpetuação deste viés de desresponsabilização do Estado na política de saúde e na atuação profissional.

Assim, o trabalho está estruturado em duas seções, sendo que na seção I será tratado sobre os elementos históricos que iniciaram os serviços de atendimento domiciliar e será abordado os aspectos regulatórios que permearam a implantação do serviço até os dias atuais em que se constitui o Programa Melhor em Casa.

Na seção II trataremos da humanização como aspecto fundante ou resultante da implantação do Programa e desmistificaremos alguns pressupostos trazidos pelo mesmo. Apresentaremos a redução de gastos do Estado com hospitalizações a partir da transferência dos pacientes internados para seus próprios domicílios e desvelaremos que este, na verdade, é o motivo impulsor do grande crescimento do Programa.

Veremos também o papel principal que a família e o cuidador possuem para este atendimento e perceberemos a transferência da responsabilização estatal do cuidado do paciente para a família e as conseqüências que isto pode acarretar. A partir do conjunto de questões postas neste trabalho, nas considerações finais realizaremos um aparato geral e analisaremos criticamente a intenção com que o Programa foi implantado e vem continuamente aumentando sua abrangência.

SEÇÃO I

2. ASPECTOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE E SUA REGULAMENTAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nesta seção apresentam-se os elementos principais da história do cuidado domiciliar, ressaltando as particularidades elementares que constituíram a história desta área no Brasil, bem como os diferentes termos e conceitos utilizados para mensurar a prática profissional no cuidado à saúde em domicílio. Percebem-se as mudanças cronológicas que aparecem no cuidado oficialmente desregulamentado para aquele que passa a aparecer após a Constituição Federal de 1988, de forma regulamentada, amparada e modificada por diversas portarias, que obtém por resultado o atual Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS), denominado como Programa Melhor em Casa.

2.1 – Cuidado domiciliar: apontamentos históricos

Antes de analisar o Serviço de Atenção Domiciliar acima citado, buscar-se-à resgatar alguns elementos históricos que remetam a uma melhor compreensão do contexto em que o atual Programa foi estruturado. Este resgate irá se basear em registros históricos e alterações que ocorreram na legislação brasileira ligada à internação domiciliar e atenção domiciliar, observando suas particularidades.

Diversos registros de estudiosos demonstram que o cuidado à saúde em domicílio é uma prática antiga e que com o decorrer dos anos assumiu diferentes formas e se tornou uma modalidade de atendimento organizada e implementada em vários países (CONEXÃO, 2013). Segundo o Ministério da Saúde (2012a), o cuidado à saúde em domicílio é uma prática que remete aos primórdios da existência das famílias como unidades de organização social, e reporta a uma noção de conforto e segurança.

As primeiras referências da medicina que começam a apontar para um cuidado domiciliar trazem como elementos históricos o atendimento médico em domicílio no Egito Antigo, no século XIII a.C, onde um médico era responsável pelo atendimento no palácio do Faraó. Da mesma forma, na Grécia Antiga, iniciou-se o atendimento médico em domicílios e em templos (CONEXÃO, 2013). No final do século XVIII, na Europa,

mesmo antes do surgimento de hospitais e ambulatórios, já se praticava a atenção no domicílio como modalidade de cuidado (SILVA et al., 2005).

Em 1796 os hospitais ainda eram vistos como locais insalubres e até ineficientes, para onde os sujeitos eram enviados para morrer. Segundo Foucault (1993, p.59):

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna.

Desta forma Foucault (1993) afirma que, na Idade Média na Europa, o hospital não foi concebido para ser uma instituição curativa, e aparecia com sua funcionalidade de higienização urbana, reafirmando a separação e exclusão dos mais pobres em relação à sociedade. Desta forma o hospital surge com a intenção de retirar os pobres com doenças infectocontagiosas do convívio social, evitando o risco do contágio.

Neste contexto o cuidado domiciliar como substitutivo do cuidado hospitalar é implementado, de forma a prestar assistência médica aos enfermos e pobres nos Estados Unidos da América (EUA), buscando o tratamento em domicílio e afastando os malefícios da hospitalização (CONEXÃO, 2013). Segundo Leme (2013), este serviço é praticado pela primeira vez na região de “Boston Dispensary”, nos EUA, onde prestavam serviços aos pobres e enfermos em seus domicílios ao invés de interná-los. Serafim e Ribeiro (2011) afirmam que o serviço de cuidado à saúde em domicílio com a especificidade de dependência de ventilação mecânica surgiu em 1975, também nos EUA, quando a primeira criança dependente foi transferida da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) hospitalar para seu domicílio em modalidade de internação domiciliar.

Em 1947, nos EUA várias enfermeiras se reuniram e passaram a atender e cuidar de pacientes em domicílio, e foi nesta época que o serviço passou a ser considerado

como uma extensão do hospital, que visava descongestioná-lo (REHEM; TRAD, 2005). De forma processual e gradual, passou-se a organizar o serviço de cuidado e atendimento no domicílio. Nos EUA, no período pós-guerra, surge o serviço de atenção domiciliar como opção das famílias em manter e cuidar de seus doentes em casa, inserindo, a partir daí, profissionais especializados para realizar acompanhamento aos sujeitos (CONEXÃO, 2013).

Na década de 1960 o movimento do cuidado domiciliar à saúde tomou maior volume e forma, sendo nesta época que se tornou evidente a falta de leitos hospitalares e as enormes filas para internação. Juntamente com as necessidades médicas dos doentes de guerra, aumentava-se a expectativa de vida da população, e com isso aumentava-se o envelhecimento populacional, que trazia uma transição epidemiológica e acarretava em aumento de doenças crônicas degenerativas, sendo necessários cuidados continuados de medicina e enfermagem. Constatava-se, assim, que novos hospitais deveriam ser construídos e que novos mecanismos de atenção e cuidado à saúde deveriam ser implementados. Surgiram, então, as “Nursing Home”, onde principalmente enfermeiras realizavam atendimento a pacientes em domicílio, sendo eles geralmente idosos em situação crônica terminal (DIREITO, 2013).

Segundo Serafim e Ribeiro (2011), com o aumento de doenças de caráter crônico ocorre o aumento da necessidade da população por serviços de saúde, visto que tais doenças levam à sobrevida e que, por vezes, necessitam de recursos da alta tecnologia para sobreviverem, gerando elevados custos hospitalares. Desta forma a disponibilidade de leitos hospitalares torna-se cada vez mais escassa e insuficiente, sendo necessárias novas opções para o cuidado em saúde da população.

Começaram a surgir instituições que se propunham a tratar do paciente em casa ao invés de mantê-lo no hospital. Os médicos, na época, imaginavam que este modelo de atenção à saúde não teria eficácia e ocorreria uma queda do estado geral do paciente, porém, ao contrário do imaginado, constatou-se um salto na melhora dos pacientes e percebeu-se a eficiência deste modelo de tratamento devido à recuperação precoce dos sujeitos (DIREITO, 2013).

Juntamente com os ganhos na recuperação do paciente, evidenciaram-se outros benefícios para a empresa prestadora de serviços, como a redução de custos para o

tratamento e recuperação do sujeito e a possibilidade de gerenciar e otimizar os leitos hospitalares, acarretamento na diminuição das filas para internação e atendimento médico. Surge, então, uma solução economicamente viável para o atendimento alternativo à saúde (DIREITO, 2013). Segundo Serafim e Ribeiro (2011), havia a necessidade de humanizar a assistência à saúde e reduzir os custos relacionados ao sistema de saúde, desta forma a atenção domiciliar surge como uma alternativa que possibilita tais benefícios.

Aos poucos mais enfermeiras foram se agrupando e se organizando para atender pacientes em domicílio e em pouco tempo surgiram diversas instituições nos EUA com a finalidade de prestar algum tipo de atendimento domiciliar (DIREITO, 2013). As primeiras recomendações para os cuidados em domicílio foram escritas pela enfermeira Florence Nightingale, na década de 1960, onde afirmava que os doentes se recuperariam melhor em suas casas do que em instituições hospitalares (HOME, 2013).

No caso da história da assistência domiciliar no Brasil, Mendes (2001) indica que não existem registros formais, portanto construiu-se este histórico a partir de relatos e documentos que discorrem sobre o assunto.

No Brasil, no início do século XX, quando se iniciou o atendimento domiciliar, este era disponibilizado somente no modelo privatista, onde os médicos de família, profissionais de medicina, se dispunham a atender os pacientes mais abastados em suas residências mediante pagamento; sendo que àqueles que não tinham condições financeiras para pagá-los, cabia a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira (SAVASSI; DIAS, 2006). No Rio de Janeiro, em 1916, cria-se o serviço de enfermeiras visitadoras (HOME, 2013).

Quando o Estado passou a se envolver nas questões de saúde da população, a primeira iniciativa brasileira organizada como um serviço de atendimento domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado pelo Decreto n. 27.664, de 30 de dezembro de 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho.

Art. 1º O Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), [...] tem por finalidade prestar assistência médica de urgência, em ambulatórios e hospitais a esse fim destinados, bem como no domicílio ou local de trabalho, aos segurados ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, Comerciais, Bancários,

Marítimos e Empregados em Transportes e Cargos e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (BRASIL, 1959, s/p).

Conforme o decreto, este serviço era responsável pelo atendimento de urgência aos segurados e beneficiários da Previdência Social, ou seja, aqueles que possuíssem um vínculo empregatício formal e que fizessem parte da gama de setores explicitados, associados e registrados em seus respectivos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões. Este atendimento surgiu a partir dos sindicatos de trabalhadores que manifestaram sua insatisfação com o atendimento de urgência vigente na época, visto que os hospitais municipais de urgência não atendiam aos previdenciários, e, da mesma forma, os hospitais previdenciários não atendiam os que não tinham cadastro na Previdência Social; posteriormente, em 1967, o SAMDU foi incorporado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (MENDES, 2001).

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

Como vimos anteriormente, são utilizadas diversas nomenclaturas para se denominar o cuidado em domicílio. É importante destacar as principais diferenças entre estas, visto que dizem respeito à diferentes modalidades de cuidado que integram e constituem os serviços de atendimento à saúde em domicílio.

O termo mais comumente utilizado para denominar cuidado à saúde em domicílio é o chamado Home Care, que tem sua origem na língua inglesa, traduzindo-se literalmente por: cuidados no lar. Para Mendes (2001), considera-se Home Care todo serviço de assistência domiciliar à saúde. Este termo pode ser compreendido como modalidade de cuidado contínuo à saúde e dedicado à pacientes e seus familiares em espaço extra-hospitalar através da prestação de serviços que visam à continuidade do tratamento hospitalar (LEME, 2013). Os serviços que integram esta modalidade vão

desde os cuidados básicos em enfermagem até a internação com suporte respiratório avançado, ou seja, o Home Care compreende todas as formas de atenção à saúde no domicílio.

Tavolari, Fernandes e Medina (2000) aponta alguns dos termos utilizados no âmbito do cuidado domiciliar à saúde que segmentam o Home Care, como: assistência domiciliar, internação domiciliar e atendimento domiciliar. Rehem e Trad (2005) e Lacerda et al (2006) também destacam a existência das diversas nomenclaturas utilizadas na literatura para designar o cuidado à saúde em domicílio, dentre as quais a atenção domiciliar, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

A atenção domiciliar é considerada como modalidade mais genérica e de maior amplitude. Segundo o Ministério da Saúde (2006a), envolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde desenvolvidas em espaço domiciliar. Pode ser considerada como modalidade que abrange as demais e integra ações de promoção, manutenção ou restauração da saúde. Rehem e Trad (2005) explicam que a atenção domiciliar se trata da continuidade da assistência hospitalar.

Lacerda et al (2006), afirma que o atendimento domiciliar pode também ser denominado como assistência domiciliar ou cuidado domiciliar, e trata-se do cuidado à saúde designado em domicílio. Segundo Tavolari, Fernandes e Medina (2000), denomina-se como assistência domiciliar toda ação de saúde realizada na residência do paciente, independente do seu grau de complexidade. Esta modalidade caracteriza-se como conjunto de atividades programadas e continuadas, de caráter ambulatorial, desenvolvidas em domicílio, podendo ter objetivo terapêutico ou preventivo, de forma que se diferencia da modalidade de internação domiciliar (MS, 2006a).

Segundo Rehem e Trad (2005), quando tratamos do termo internação domiciliar, nos referimos ao cuidado mais intensivo e multiprofissional realizado no domicílio, podendo ser comparada ao “hospital em casa”, acompanhando e realizando tratamento de pacientes com grau de complexidade moderada ou alta. Esta modalidade trata-se de uma atividade continuada onde se oferece tecnologia, equipamentos, materiais, medicamentos e recursos humanos para pacientes em estados graves ou complexos, que exigem assistência intensiva semelhante à oferecida em ambiente hospitalar (RIBEIRO, 2004 *apud* LACERDA et al, 2006).

A internação domiciliar aparece como uma alternativa à hospitalização, sendo, segundo Bellido (1998 *apud* REHEM; TRAD, 2005) um modelo organizativo capaz de prover atenção e cuidado médico e de enfermagem aos pacientes que não necessitam da infraestrutura hospitalar, de forma que passam a ser monitorados em seu próprio domicílio.

Tendo em vista as diferentes modalidades de cuidado domiciliar à saúde, apresenta-se no Quadro 1 uma síntese destas, cujo objetivo é tornar a leitura mais didática.

Quadro 1 – Síntese das diferentes modalidades de cuidado à saúde no domicílio

MODALIDADES	SIGNIFICADOS
Home Care	<p>Abrange todo serviço de assistência domiciliar à saúde (MENDES, 2001).</p> <p>Modalidade de cuidado contínuo à saúde e dedicado à pacientes e seus familiares em espaço extra-hospitalar através da prestação de serviços que visam à continuidade do tratamento hospitalar (LEME, 2013).</p> <p>Compreende todas as formas de atenção à saúde em domicílio, desde cuidados básicos em enfermagem até cuidados intensivos com oferta de tecnologia.</p>
Atenção Domiciliar	<p>Modalidade mais genérica e de maior amplitude. Envolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, desenvolvidas em espaço domiciliar (MS, 2006a).</p> <p>Continuidade da assistência hospitalar (REHEM; TRAD, 2005).</p>
Atendimento/ Assistência/ Cuidado Domiciliar	<p>Toda ação de saúde realizada na residência do paciente, independente do seu grau de complexidade (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).</p> <p>Conjunto de atividades programadas e continuadas, de caráter ambulatorial, desenvolvidas em domicílio, podendo ter objetivo terapêutico ou preventivo (MS, 2006a).</p>
Internação Domiciliar	<p>Cuidado intensivo e multiprofissional à pacientes com grau de complexidade alta ou moderada, realizado em domicílio (REHEM; TRAD, 2005).</p>

Fonte: Elaboração da autora.

Como observado no Quadro 1, existem diferentes modalidades empregadas nos diversos serviços de cuidado domiciliar à saúde. Estas modalidades se aplicam tanto

para o setor público como também para o setor privado de saúde no Brasil. No próximo item desta seção explana-se sobre a atenção domiciliar no SUS e sua regulamentação a partir da década de 1990.

2.2 – Aspectos da regulamentação do cuidado domiciliar no SUS após os anos de 1990

Nesta subseção discutiremos sobre o cuidado domiciliar realizado a partir da década de 1990, devido esta tratar do período pós-constitucional e pós-implantação do SUS. Nesta época houve um aumento na necessidade de regulamentação do cuidado domiciliar à saúde devido o novo sistema público que se implantava, sendo que, a partir daí, o SUS toma esta responsabilidade para si, como é possível observar nas leis regulamentadoras do serviço.

Inicia-se a discussão com a Portaria n. 2.416 de 1998, que estabelece os requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS. Esta Portaria passa a considerar a internação domiciliar como instrumento que proporciona a humanização no atendimento e acompanhamento de pacientes, aumentando o contato com a família do paciente, favorecendo sua recuperação e diminuindo riscos de infecção hospitalar (MS, 1998).

Como critérios para a realização da internação domiciliar, define que esta somente pode ocorrer a partir de alta de internação hospitalar, obrigatoriamente sendo relacionada ao procedimento hospitalar que precedera (MS, 1998). Estabelece também que para o paciente ingressar no serviço de atendimento domiciliar este deve ter tido internação hospitalar com duração mínima de pelo menos metade do tempo médio estabelecido para o procedimento realizado; não cobrindo internação hospitalar para diagnóstico, primeiro atendimento ou qualquer procedimento com tempo médio de permanência inferior a quatro dias (MS, 1998).

O Ministério da Saúde (1998) determina que a internação domiciliar somente seria realizada após avaliação e pedido médico, devendo ser precedida primeiramente de avaliação das condições familiares e domiciliares para o cuidado do paciente, onde a unidade hospitalar que ocorrera a internação anteriormente seria a responsável pelo serviço de atendimento em domicílio.

Para o credenciamento de hospitais para realização de internação domiciliar a Portaria n. 2.416/1998 indica como necessário que: 1) disponha de serviço de urgência/emergência durante 24 horas ou referência de serviço hospitalar emergencial na área de abrangência do domicílio do paciente; 2) garanta a remoção do paciente em ambulância; 3) promova os recursos necessários para diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, materiais e equipamentos necessários para internação domiciliar; 4) equipe multidisciplinar própria do hospital ou da unidade ambulatorial composta por profissionais de medicina, enfermagem, serviço social, nutrição e psicologia, para atendimento de no máximo dez pacientes/mês em regime de atendimento domiciliar por equipe, sendo disponibilizados outros profissionais quando necessário para cuidado especializado (MS, 1998).

A equipe multidisciplinar de atendimento domiciliar deve realizar visita semanal programada para dispensar o atendimento hospitalar e avaliar o estado dos pacientes afim de acompanhamento ou alta da internação, sendo que a internação domiciliar terá prazo mínimo de um dia e máximo de trinta dias, podendo exceder ao limite somente com justificativa de intercorrência (MS, 1998).

O público alvo para a internação domiciliar, segundo a Portaria n. 2.416/1998, é:

(...) pacientes com idade superior a 65 anos com pelo menos três internações pela mesma causa/procedimento em um ano; pacientes portadores de condições crônicas tais como: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular cerebral e diabetes; pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção ósteo-articular em recuperação; pacientes portadores de neoplasias malignas (MS, 1998, s/p).

Em abril de 2002 foi estabelecida a Lei n. 10.424, que traz mudanças no cuidado domiciliar no SUS através do acréscimo de novo capítulo e artigo à Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. A referida lei regulamenta o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no SUS, indicando que nestas modalidades incluem-se, principalmente, procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, como também outros que visem o cuidado integral dos pacientes em seu domicílio; atuando de forma preventiva, terapêutica e reabilitadora a partir da indicação médica e da concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 2002).

Esta lei amplia a atenção domiciliar no SUS para além da internação, uma vez que o atendimento domiciliar pressupõe a realização de ações diversas na residência do paciente, independente do seu grau de complexidade, ou seja, podendo ter objetivo terapêutico ou preventivo.

A ampliação das possibilidades de cuidado no domicílio, não coincidentemente, ocorre com a publicação da Portaria SAS/MS n. 249, em 16 de abril de 2002, que estabelece a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (REHEM; TRAD, 2005). Com o aumento das tecnologias na área da saúde, observa-se a diminuição das taxas de mortalidade, o que acarreta em um aumento da camada populacional de idade avançada; sendo este segmento da sociedade aquele que abriga maior quantidade de doenças crônicas e agravos à saúde (MENDES, 2001).

Devido a este fato, o idoso se torna público alvo da assistência domiciliar e esta passa a ser responsabilidade do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. O próprio Estatuto do Idoso assegura a atenção integral à saúde destes, de forma que determina que o SUS preste serviços de prevenção e manutenção da saúde desta população em diferentes níveis e locais, sendo um deles o atendimento e internação domiciliar tendo como público alvo a população idosa que esteja impossibilitada de se locomover (BRASIL, 2003).

Em 2001 foi publicada a Portaria GM/MS n. 1.531, que instituiu, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a pacientes portadores de distrofia muscular progressiva em seus domicílios, devendo ser acompanhados por equipes específicas.

Em 2008, por meio da Portaria GM/MS n. 1.370, regulamentada pela Portaria SAS/MS n. 370 de 2008, o Ministério da Saúde ampliou o rol das patologias elegíveis¹ para cadastramento no Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva, regulamentando o acesso dos pacientes portadores de doenças neuromusculares ao Programa.

¹ Nesta portaria incluem-se as patologias: miastenia gravis, distrofia muscular, transtornos miotônicos, miopatias congênitas, miopatia mitocondrial não classificada em outra parte, atrofia muscular espinal infantil tipo I, outras atrofias musculares espinais hereditárias, doença do neuro motor, neuropatia hereditária motora e sensorial e sequelas de poliomielite.

Em janeiro de 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publica a Resolução da Diretoria Colegiada n. 11, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam assistência ou internação domiciliar. Segundo o Ministério da Saúde (2012a), os Serviços de Atenção Domiciliar devem ser estruturados com base nas orientações desta resolução.

Segundo a ANVISA (2006), nenhum Serviço de Atenção Domiciliar, seja em âmbito público ou privado, pode funcionar sem que esteja licenciado pela autoridade sanitária local e atenda aos requisitos postos neste regulamento, como o funcionamento interno de encaminhamento do paciente ao serviço por um médico que o acompanhe; a necessidade de possuir um cuidador que auxilie nas atividades da vida cotidiana do paciente; como também requisitos de infraestrutura no domicílio, como recursos humanos, prontuários, materiais, medicamentos, equipamentos e seus controles, treinamentos necessários para utilização e demais orientações.

É esta Resolução que define os conceitos básicos para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar, como: 01) Admissão em Atenção Domiciliar, 02) Alta da Alta da Atenção Domiciliar, 03) Atenção Domiciliar, 04) Assistência Domiciliar, 05) Cuidador, 06) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, 07) Internação Domiciliar, 08) Plano de Atenção Domiciliar, 09) Serviço de Atenção Domiciliar e 10) Tempo de Permanência (ANVISA, 2006).

Em outubro de 2006 foi publicada a Portaria n. 2.529, que revoga a Portaria 2.416 de 1998 e institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar e a define como um conjunto de atividades prestadas em domicílio a pacientes clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidos em casa e monitorados por equipe específica (MS, 2006a).

A nova Portaria definia que os Serviços de Internação Domiciliar devem ser compostos por equipes multiprofissionais contendo, minimamente, médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem; e equipes matriciais de apoio, podendo ser compartilhadas por equipes, serviços de internação domiciliar ou rede de serviços de saúde composta por outros profissionais de nível superior (MS, 2006a). Define também que cada equipe multiprofissional seria vinculada a uma população mínima de cem mil habitantes, tendo como meta atender em média à trinta internações por mês, com

permanência média de até trinta dias; garantindo atendimento quando necessário inclusive no período da noite e finais de semana (MS, 2006a).

Segundo esta Portaria, o público alvo para o Serviço de Internação Domiciliar passa a ser prioritariamente os seguintes grupos populacionais:

- I - idoso;
 - II - portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
 - III - portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e
 - IV - portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.
- Parágrafo único. Outras prioridades, além das definidas, poderão ser estabelecidas localmente (MS, 2006a, s/p).

Porém torna-se caracterizada a exclusão de usuários do serviço quando o grau de complexidade da situação clínica destes passa a ser maior, como nos casos de ventilação mecânica, necessidade de monitorização contínua e de enfermagem intensiva, necessidade de tratamento cirúrgico e de urgência, necessidade de realização de vários procedimentos diagnósticos em sequência com urgência, como também a falta de um cuidador contínuo identificado pela equipe técnica (MS, 2006a).

Em 2011 foi publicada a Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e o Ministério de Minas e Energia) n. 630/2011, que institui o benefício da Tarifa Social da Energia Elétrica, visando à redução ou isenção da tarifa de energia elétrica à pacientes com renda mensal de até três salários mínimos que necessitem de uso continuado de equipamentos, aparelhos ou instrumentos que demandem consumo de energia elétrica para seu tratamento no domicílio, possibilitando a permanência do paciente em sua casa (MS, 2012a).

Em agosto de 2011 a Portaria n. 2.529/2006 foi revogada e substituída pela Portaria n. 2.029, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e a considera como serviço substitutivo ou complementar a internação hospitalar ou atendimento ambulatorial, visando à redução da demanda para atendimento nestes respectivos locais e caracterizando a necessidade da inserção de um cuidador como pessoa capacitada para realizar o cuidado diário do paciente e auxiliá-lo na vida cotidiana, bem como a desinstitucionalização, humanização e ampliação da autonomia dos usuários (MS, 2011a).

Feurweker e Merhy (2008) analisam alguns elementos importantes para serem discutidos e que aparecem citados nas Portarias apresentadas acima, como também em toda caracterização para ampliação deste tipo de serviço no âmbito público. Segundo eles, a atenção domiciliar se tornou uma rede substitutiva do cuidado hospitalar ou de outro ponto da Rede de Atenção à Saúde² como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo então, a atenção domiciliar, um dispositivo de produção de novas formas de cuidado e novos arranjos de trabalho em saúde, de maneira à desinstitucionalizar o cuidado à saúde.

Em outubro de 2011 o Ministério da Saúde lança nova portaria que redefine o Serviço de Atenção Domiciliar oferecido pelo SUS em âmbito nacional e revoga a anterior. A Portaria n. 2.527 de 2011 institui o Programa Melhor em Casa, que visa atender gratuitamente à pacientes crônicos sem agravamento, idosos, pessoas com necessidade de reabilitação motora ou em situação pós-cirúrgica através de assistência multiprofissional em seus lares, sem a necessidade de permanecerem em âmbito hospitalar (MS, 2013b). A Portaria citada não define este serviço como tendo somente um enfoque assistencial, mas trás como finalidade a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, visando o aumento da autonomia do paciente, de seu cuidador e de seus familiares e integrando às Redes de Atenção à Saúde de forma a potencializar a transversalidade da atenção à saúde através da continuidade dos cuidados (MS, 2012a).

A Portaria 2.527/2011 foi recentemente substituída pela Portaria 963/2013, que amplia o atendimento do Programa Melhor em Casa para municípios de pequeno porte e o integra ao Programa SOS Emergência. Este serviço se torna universalizado, pois possibilita que municípios com vinte mil habitantes ou somatório de municípios que totalizem no mínimo vinte mil habitantes realizem a adesão ao serviço que, anteriormente, regulamentado pela Portaria 2.527/2011, somente poderia ser aderido em municípios com população superior a cem mil habitantes (MS, 2011b; MS, 2013a).

O Programa possui algumas modalidades específicas que se classificam em graus de complexidade, denominadas Atenção Domiciliar 1 (AD1), Atenção Domiciliar

² A Rede de Atenção à Saúde pode ser definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MS, 2010). Para mais informações sobre as Redes de Atenção à Saúde consultar a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.

2 (AD2) e Atenção Domiciliar 3 (AD3). A AD1 abrange a usuários que possuam problemas de saúde controlados, com certo grau de dependência e que não possam se deslocar até unidade de saúde, não abrange procedimentos e técnicas mais complexas, permitindo maior espaçamento entre as visitas devido o paciente não necessitar de atendimento médico frequente (MS, 2012a).

Na AD2 o grau de complexidade do estado de saúde do paciente atinge um nível maior, necessitando de maior frequência no cuidado, acompanhamento contínuo e visitas médicas até estabilização do quadro clínico (MS, 2012a). A AD3 é semelhante à AD2, com maior complexidade dos casos, porém com o uso de equipamentos ou procedimentos especiais (MS, 2012a).

Segundo o Ministério da Saúde (2013a) existem três tipos de equipes de atenção no domicílio que compõe o Serviço de Atenção Domiciliar do SUS, denominadas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) Tipo 1; EMAD Tipo 2; e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), sendo que a EMAP só poderá ser implantada a partir da existência prévia de uma EMAD. A EMAD Tipo 2 foi implantada a partir da nova Portaria e possibilita o atendimento à municípios de pequeno porte (MS, 2013a).

A EMAD Tipo 1 é composta minimamente por: médicos com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, quarenta horas de trabalho; enfermeiros com somatório de CHS de, no mínimo, de quarenta horas; fisioterapeutas e/ou assistentes social com somatório de CHS de, no mínimo, trinta horas de trabalho; e, técnicos em enfermagem com somatório de CHS de, no mínimo, cento e vinte horas de trabalho (MS, 2013a).

A EMAD Tipo 2 é composta por: médico com CHS de, no mínimo, vinte horas de trabalho; enfermeiro com CHS de, no mínimo, trinta horas de trabalho; um fisioterapeuta ou um assistente social com CHS de, no mínimo, trinta horas de trabalho; e técnicos em enfermagem com somatório de CHS de, no mínimo, cento e vinte horas de trabalho, sendo que nenhum profissional que componha qualquer tipo de EMAD poderá ter CHS inferior a 20 horas de trabalho (MS, 2013a).

Para a composição das EMAPs, exige-se minimamente três profissionais de nível superior dentre: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista,

odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional; sendo que a soma das CHS destes acumularão, no mínimo, noventa horas de trabalho (MS, 2013a).

Cada EMAD atenderá a uma população de cem mil habitantes, quando a população for inferior a este número, a equipe atenderá a toda a população; sendo que, estima-se que cada EMAD Tipo 1 atenderá simultaneamente, em média, a sessenta usuários, enquanto a EMAD Tipo 2 atenderá em média a trinta usuários; este atendimento se dará de segunda-feira a sexta-feira com jornada de doze horas por dia e, em finais de semana e feriados atenderá em regime de plantão (MS, 2013a).

Segundo o Ministério da Saúde (2013b), as visitas aos pacientes serão regulares e se darão conforme o estado clínico de cada um, sendo que os pacientes sempre serão monitorados pela equipe técnica; todos os usuários do serviço necessitarão da figura do cuidador, devido este ser o contato referência para as equipes, podendo ser da família ou não.

Anteriormente, na Portaria 2.527/2011, era disponibilizada uma EMAD Tipo 1 para a população de cem mil habitantes, com a implantação da nova Portaria 963/2013, os municípios de menor porte passam a ser atendidos com EMAD Tipo 1 a partir de quarenta mil habitantes e podem contar com EMAP; para populações entre vinte e quarenta mil habitantes o serviço será composto por EMAD Tipo 2, podendo contar com EMAP; para municípios de menor porte, porém que agrupados somem a população de vinte mil habitantes, o serviço será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, quando clinicamente indicado, darão suporte e complementarão as ações de saúde da atenção domiciliar (MS, 2011b; MS, 2013a).

A organização das EMADs partirá de uma base territorial, atendendo uma população definida e sendo referência em atenção domiciliar para esta; torna-se necessária a correlação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (MS, 2013a). Segundo o Ministério da Saúde (2013a), todos os municípios que possuírem implantadas uma EMAD também poderão implantar uma EMAP, podendo implantar mais uma EMAP a cada três EMADs a mais implantadas; se a população atingir a cento e cinquenta mil habitantes o município poderá implantar uma segunda EMAD, e a partir dos cento e cinquenta mil habitantes a cada cem mil novos habitantes poderá implantar

uma nova EMAD, ou seja, com duzentos e cinquenta mil habitantes poderá ser implantada a segunda EMAD.

Segundo o Ministério da Saúde (2013b), os benefícios acarretados com a implantação do Programa Melhor em Casa são principalmente: melhora na assistência no SUS através da ampliação no atendimento à pacientes com agravos de saúde, que possam receber cuidados da equipe de saúde de forma humanizada e próximos à sua família; redução de riscos hospitalares como contaminação e infecções; além da melhora na recuperação ou conforto dos pacientes através da proximidade, carinho e cuidado de seus familiares.

O Ministério da Saúde destaca a economia de até 80% que ocorre nos custos de um paciente que é acompanhado pelo Programa, se comparado aos custos deste mesmo paciente quando internado em âmbito hospitalar, como também a redução das filas para atendimento em hospitais ou em unidades de urgência e emergência, já que a assistência à saúde, quando houver indicação médica, passa a ser realizada na própria residência do paciente, a partir do consentimento da família (MS, 2013b).

O Ministério da Saúde (2012a) afirma que, se a atenção domiciliar for assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito de seu processo de saúde-doença, seus princípios serão os mesmos do SUS (integralidade, universalidade e equidade).

Alguns dos fundamentos para a prática deste serviço são: abordagem integral à família, de forma a compreender seu contexto socioeconômico e cultural a partir do respeito e individualidade, sabendo que as relações familiares integram e influenciam o processo de saúde-doença dos sujeitos; consentimento da família para realização do atendimento; participação do usuário na prática terapêutica; existência do cuidador, de maneira que a família se comprometa conjuntamente com a equipe na realização do cuidado e das atividades desenvolvidas; trabalho em equipe e interdisciplinaridade, compreendidos como necessários para lidar de forma integral e resolutiva com múltiplos fatores que interferem no processo de saúde-doença dos sujeitos; e estímulo à redes de solidariedade que efetivem a participação local na comunidade e busquem a consolidação da cidadania, potencializando a assistência prestada em domicílio ao usuário e sua família (MS, 2012a).

A equipe multidisciplinar tem como foco central trabalhar com o cuidador do paciente, devido este ser o “sujeito do processo e executor das ações” (MS, 2011b, s/p). Esta equipe deve promover o treinamento do cuidador para realizar os cuidados necessários com o paciente, recebendo suas queixas e sanando suas dúvidas (MS, 2011b). Conforme Art. 2 da Portaria 963/2013, considera-se:

- I - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;
- II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e
- III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (MS, 2013a, s/p).

Tanto na Portaria 2.527/2011 como também na Portaria 963/2013 é interessante percebermos que as ações e atribuições da equipe técnica visam principalmente preparar o cuidador, treiná-lo e capacitá-lo para desenvolver as atividades diárias. Conforme apontam Mioto e Dal Prá (2012), das nove atribuições que a Portaria 2.527 e atualmente das dez atribuições que a Portaria 963 preveem para a equipe multiprofissional, seis destas são diretamente relacionadas com os cuidadores. As seis atribuições previstas relacionadas aos cuidadores no Art. 19 da Portaria 963 são:

- II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
- III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
- VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
- VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários (MS, 2013a, s/p).

É a partir desta desinstitucionalização que passamos a perceber os principais sujeitos que assumem a função do cuidado ao paciente antes internado. Esta modalidade substitutiva do cuidado hospitalar demanda uma reorganização familiar para o surgimento do cuidador, que como visto anteriormente, pode ser familiar ou não; o que faz com que a EMAD se torne uma central de apoio, treinamento e resolução de

problemas decorrentes desta forma de cuidado e atenção à saúde em ambiente domiciliar. Desta forma, o Art. 3 da Portaria 963/2013 aponta a Atenção Domiciliar como tendo por objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam atendimento domiciliar, visando à redução da demanda por atendimento hospitalar, a humanização, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários como sendo objetivos chave desta forma de atendimento (MS, 2013a).

SEÇÃO 2

3. ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: HUMANIZAÇÃO E PROCESSO DE DESHOSPITALIZAÇÃO COMO MECANISMOS DE RESPONSABILIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Nesta seção apresentam-se os principais argumentos para implantação e crescimento do Programa Melhor em Casa: humanização no atendimento e redução de gastos do Estado com hospitalizações. Serão analisadas as repercussões e responsabilidades que acabam por recair nas famílias dos pacientes e se perceberá a desospitalização enquanto estratégia de redução de custos, passando a responsabilizar as famílias pelo cuidado do paciente.

3.1 – Humanização e implantação do Programa Melhor em Casa

No debate do atendimento domiciliar é possível perceber algumas justificativas para a implantação e ampliação desta modalidade de atenção à saúde. A humanização aparece em muitas referências bibliográficas como um elemento resultante do processo do cuidado realizado em domicílio e que por si só demonstra importância. Para melhor compreensão sobre o assunto, é fundamental contextualizar o início da Política Nacional de Humanização (PNH) no SUS e compreender seu conceito quando tratado pelos diversos autores que discutem o atendimento domiciliar.

Em 2001, proposto pelo Ministério da Saúde, surgiu o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH). O documento aponta que devido à grande quantidade de denúncias de maus tratos em hospitais, o então Ministro da Saúde, José Serra, convocou um grupo de profissionais composto em sua maioria de profissionais da saúde mental para elaborarem coletivamente uma proposta de trabalho que vislumbrasse e implementasse a humanização dos serviços hospitalares públicos, de forma que assim surge a PNHAH (MS, 2001b).

A valorização dos usuários do sistema público hospitalar aparece nesta proposta como elemento principal que objetiva o aprimoramento das relações entre profissionais e usuários e profissionais entre si, ao mesmo tempo em que melhora a qualidade dos serviços de saúde e recupera a imagem dos hospitais junto à comunidade (MS, 2001b).

O documento inicia expondo que, na opinião da maioria dos usuários, a qualidade no atendimento é, muitas vezes, mais valorizada do que a própria estrutura hospitalar e os recursos humanos e financeiros dispostos para o atendimento, desta forma é realizado, através deste programa, uma convocação aos profissionais da saúde para trabalharem rumo a uma nova cultura de atendimento humanizado (MS, 2001b). O Programa afirmava que:

Os bons resultados dependem, em grande medida, da capacidade de o hospital oferecer um atendimento humanizado à população. Para tanto, é necessário cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis e, por isso mesmo, capazes de promover a humanização do serviço (MS, 2001b, p.5).

O PNHAH propôs um conjunto de ações integradas que visavam mudar o padrão da assistência aos usuários nos hospitais públicos do Brasil, tendo como meta a melhora da qualidade e eficácia dos serviços prestados por essas instituições (MS, 2001b). O Ministério da Saúde (2001b) definiu como objetivo fundamental deste programa além do aprimoramento das relações entre profissionais de saúde e usuários e profissionais entre si, o aprimoramento da interação do hospital com a comunidade, trazendo como consequência a reconstrução da imagem do serviço público diante da comunidade, devido este ter sido sobremaneira desgastado ao longo da história.

A proposta se limitava ao atendimento em hospitais públicos e contava com um projeto-piloto implantado em dez hospitais do Brasil que possuía como objetivo incentivar um processo de humanização de forma intensa, destinado a provocar mudanças profundas e sólidas na cultura de atendimento à saúde e que produzisse conhecimento específico nestas instituições acerca da humanização no atendimento, de forma à disseminação desta experiência para os demais hospitais do SUS (MS, 2001b).

Para efetivar esta nova cultura de atendimento humanizado o Ministério da Saúde desenvolvia neste projeto um conjunto de ações integradas que visavam à melhoria da qualidade do atendimento, incluindo investimentos para recuperação das instalações físicas das instituições, renovação de equipamento e aparelhagem tecnológica moderna, barateamento dos medicamentos, capacitação do quadro de recursos humanos, entre outros; sendo que, para melhor uso desta infraestrutura, passasse a desenvolver ações que busquem a melhoria do contato humano presente em todo atendimento à saúde (MS, 2001b).

Segundo o Ministério da Saúde (2001b, p.11),

A eficiência técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde, quando desacompanhadas de princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários, não são suficientes para a conquista da qualidade no atendimento à saúde.

Desta forma, o Ministério da Saúde (2001b) indica que não basta melhorar as estruturas dos hospitais com reformas e aparelhos tecnológicos e ampliar o quadro de profissionais visando a qualidade clínica no atendimento, se isso não for acompanhado dos princípios e valores vinculados à humanização e a garantia da qualidade do atendimento à saúde.

Visando disseminar os valores da humanização, o PNHAH dispõe sobre a implementação de Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar que seriam distribuídos nas cinco regiões do país, e que, em conjunto com equipes de capacitadores, trabalhariam na formação e treinamento dos agentes que levariam o processo de humanização aos hospitais, assim como avaliação do processo de implantação e seus devidos resultados (MS, 2001b).

Seriam formados, também, Grupos de Trabalho de Humanização em cada hospital que teriam por objetivo ser o elemento agregador e difusor deste novo conceito de atendimento e cultura organizacional pautada em valores humanos, sendo estes grupos compostos por lideranças representativas do coletivo dos profissionais, que, compromissadas com princípios da humanização, seriam espaços de comunicação e de possibilidades de mudanças institucionais, difundindo os benefícios da assistência humanizada e fortalecendo as iniciativas humanizadoras já existentes (MS, 2001b).

Desta maneira a instituição hospitalar é responsável pela efetivação do PNHAH, conforme o Ministério da Saúde (2001b, p.13):

Em contrapartida, a realização dessa tarefa oferece a possibilidade da instituição como um todo assumir o lugar de sujeito protagonista, nessa enorme tarefa de mudança da cultura de atendimento e de reconstrução da imagem do serviço público de saúde, tão desgastado ao longo da história, perante a comunidade.

Como a realização e implementação do Programa dependia totalmente da instituição hospitalar aderir ao mesmo, esta era condicionada à vontade política dos

dirigentes em participar de ações processuais para transformação da realidade hospitalar, havendo posterior reconhecimento, valorização e estímulo aos que aderiam a tais iniciativas e estabelecessem um padrão de atendimento humanizado em conformidade com os princípios e diretrizes do PNHAH, sendo denominados como “Hospitais Humanizados” e recebendo tratamento diferenciado por parte dos gestores públicos de saúde (MS, 2001b).

No entanto, no PNHAH a ideia de humanização aparece de forma segmentada e focalizada, mantendo-se restrita a ações pontuais e com ênfase em algumas áreas, departamentos ou atenções específicas, como saúde da mulher e da criança, humanização do atendimento, humanização do parto, humanização da gestão, e outros, dificultando o envolvimento da totalidade das instituições (CONCEIÇÃO, 2008).

Conceição (2008) destaca que, com o PNHAH, a responsabilidade de efetivar uma real humanização era na maior parte, se não completamente, dos trabalhadores da saúde; devido este consistir no “chamamento dos profissionais” com o intuito de promover a humanização. Fatores como recursos humanos, materiais e espaciais para promoção da humanização eram lateralizados, de forma que as mudanças no atendimento dependiam quase que exclusivamente do comprometimento dos profissionais (CONCEIÇÃO, 2008).

Em 2003, com o governo Lula, ocorre a ampliação do alcance deste Programa a partir de sua transformação em política – a PNH. Esta, por sua vez, não está restrita a determinados segmentos e nem mesmo fragmentada em suas ações devido ser compreendida como uma política transversal dentro das políticas públicas de saúde e não mais um Programa isolado (CONCEIÇÃO, 2008).

A PNH reconhece como falhas do sistema de saúde público a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o pouco investimento em processos de educação permanente dos trabalhadores, o vínculo frágil com os usuários e a pouca participação na gestão dos serviços devido um modelo de gestão verticalizado e centralizado, em que desapropria o trabalhador de seu processo de trabalho, sendo necessárias mudanças no modelo de gestão para que se altere o modelo de atenção (MS, 2006b).

O Ministério da Saúde (2006b, p. 13), define na PNH humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Desta forma, diferente do PNHAH, ocorre uma convocação de todos: gestores, trabalhadores e usuários, não mais responsabilizando os trabalhadores pela integral implantação da humanização, mas compreendendo que as relações que perpassam os profissionais e as condições de trabalho, muitas vezes precárias em que estão inseridos, o baixo investimento na saúde, entre outros, são determinantes da não-humanização na saúde (MS, 2006b). Com a PNH ressalta-se a co-responsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários, incentivando a autonomia e protagonismo dos sujeitos em seu processo de saúde, bem como na participação coletiva no processo de gestão (MS, 2006b).

Assim, a iniciativa de humanização nos hospitais públicos é substituída por uma humanização que perpassa todas as instâncias, programas e projetos do SUS, valorizando a dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão, e com compromisso de assegurar os direitos do cidadão, destacando-se o respeito em todas as questões, a construção da autonomia dos sujeitos em toda a rede do SUS e sua co-responsabilidade nos processos de gestão e atenção, bem como seu protagonismo e fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS (MS, 2006b).

Destaca-se, também, o necessário compromisso com a valorização dos profissionais de saúde e estímulo para o processo de educação permanente (MS, 2006b). Como estratégia de trabalho, aparece a implantação e consolidação dos Grupos de Trabalho de Humanização no Ministério da Saúde, nas Secretarias dos Estados da Saúde, nas Secretarias Municipais da Saúde, e nos serviços de saúde, inclusive prestadores de serviços e hospitais filantrópicos, proposta esta iniciada pelo PNHAH visando à ação em hospitais públicos (MS, 2006b).

Como marcas específicas resultantes da implementação da PNH, destaca-se a busca pelos seguintes:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores (MS, 2006b, p.17).

Visa-se estimular as práticas resolutivas, racionalização e adequação ao uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias; como também incentivar à ampliação do diálogo entre profissionais, entre profissionais e população e entre profissionais e administração, de forma a promover uma gestão participativa (MS, 2006b).

Destaca-se a necessidade de criação de mecanismos de escuta para a população e trabalhadores, bem como formas de acolhimento e inclusão dos usuários, que promovam a otimização dos serviços e o fim das filas (MS, 2006b). Afirma-se a importância da existência de mecanismos de desospitalização que visem alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares (MS, 2006b).

Como avanços da PNH em comparação ao PNHAH, Conceição (2008, p.6) considera:

O documento reconhece que o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e também a não garantia de uma formação que contemple o escopo das políticas públicas, fragilizam o SUS, diminuem a possibilidade de práticas comprometidas com a saúde e, conseqüentemente, com os usuários, o que implica a desconsideração aos seus direitos. Além disso, a ausência da gestão participativa nos processos de controle social compromete a garantia constitucional do direito à saúde.

Ou seja, o documento não responsabiliza inteiramente os profissionais da saúde na execução da humanização como o PNHAH, na medida em que reconhece as deficiências e determinações do sistema e considera as necessidades sociais de saúde dos usuários e trabalhadores. A PNH também reconhece o protagonismo dos usuários,

de forma que indica maneiras de operacionalização que enfatizem a participação dos sujeitos envolvidos (CONCEIÇÃO, 2008).

Conceição (2008) também afirma que a PNH amplia a participação dos usuários em seu processo saúde-doença uma vez que não restringe a mesma a espaços formalizados como conselhos, mas informa que é preciso ir além para que esta esteja presente no cotidiano dos serviços do SUS, qualificando os modelos de atenção e gestão.

Segundo o Ministério da Saúde (2006b), para esta participação se tornar efetiva é necessário implantar uma gestão democrática e compartilhada, com a inclusão de novos sujeitos no processo decisório, sendo preciso, para isso, a construção de condições políticas e institucionais que, efetivamente, permitam a participação dos usuários na gestão e democratizem as estruturas de poder que anteriormente demonstravam baixo nível de horizontalidade.

Conceição (2008) questiona a PNH pensando em sua proposta de funcionalidade, dimensionando se esta surgiu tendo em vista garantir os direitos já conquistados anteriormente, de universalidade, integralidade, acesso e equidade; ou surge justamente para camuflar a não garantia de tais direitos e esconder as verdadeiras questões postas para a saúde.

Também Campos (2005, p.398) questiona a PNH: “a (...) humanização seria apenas um movimento demagógico tendente a simplificar conflitos e problemas estruturais do SUS?”. Conceição (2008) responde afirmando que acredita que sim, que na verdade a humanização se constitui em um elemento funcional para a política de saúde devido mascarar os principais problemas do SUS enquanto se encontra na situação de descaso e desmonte dos direitos sociais.

Segundo Alves, Miotto e Geber (2007), a humanização muitas vezes é confundida com assistencialismo, voluntarismo e paternalismo, deslocando seu real sentido para o marketing, a eficiência e o reconhecimento de entidades de acreditação; sendo vista a partir do senso comum com uma ideia vinculada ao “tratar bem”, ocorrendo, então, a banalização da relação entre os sujeitos e perdendo a perspectiva dos direitos dos usuários.

O próprio termo humanização pode ter diferentes entendimentos, como aponta Deslandes (2004) ao analisar os textos oficiais do Ministério da Saúde como oposição à violência física e psicológica, uma vez que esta pressupõe a completa negação dos direitos do usuário; a oposição à violência simbólica, que denuncia o não reconhecimento do outro, das suas necessidades emocionais e culturais dos usuários na medida em que se impõem valores morais e comportamentais de forma hierárquica, não considerando o paciente como sujeito competente para tomada de decisões; qualidade no atendimento profissional e articulação de meios tecnológicos com acolhimento, uma vez que quando estas forem desassociadas ocorre um processo de desumanização; a melhoria das condições de trabalho dos profissionais, como da infraestrutura, das instalações físicas, da renovação de equipamentos, como também da constituição de equipes de trabalho saudáveis, com valorização dos profissionais e melhoria das condições precárias de trabalho; e, por último, a ampliação do processo comunicacional entre usuários e prestadores de serviço, sendo esta a necessidade central desta proposta, pautada em valores como respeito e ética.

Deslandes (2004) passa a apontar os determinantes desta dificuldade no processo comunicacional entre profissionais e usuários, devido uma relação verticalizada e barreiras comunicacionais impostas através da própria linguagem formal, muitas vezes distante dos usuários, o que dificulta ainda mais a comunicação. Esta relação é vista como hierárquica a partir de uma troca desigual através do jargão médico e uma linguagem diferente e interdita aos leigos, constituindo um obstáculo a mais e destituindo o usuário de seu processo de saúde; sendo necessária uma mudança na cultura do atendimento para haver ampliação do processo comunicacional e ocorrer uma abertura no diálogo entre profissionais e usuários (DESLANDES, 2004).

Para Deslandes (2004, p.13), “humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência”, de forma a considerar também as condições estruturais de trabalho na saúde, a má remuneração, a alta carga horária de trabalho e o baixo incentivo dos profissionais como determinantes da desumanização do sistema de saúde público.

De maneira mais ampla, Ayres (2005) analisa a humanização em uma perspectiva filosófica, podendo ser definida como um compromisso da área tecnológica e científica da saúde em todo processo de intervenção com o usuário, de forma pautada em valores relacionados com a felicidade humana e democraticamente tidos como bem

comum, ou seja, se expande a prática técnica e instrumental da saúde para seu conteúdo relacional das atividades e práticas diárias, tratando de um projeto existencial de valorização e reconhecimento do ser humano. Ayres (2005, p. 552) continua trazendo a humanização como:

(...) interesse por um progressivo enriquecimento do reconhecimento e reconstrução das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade a cada vez reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades.

Desta forma, para Ayres (2005), a humanização diz respeito à melhoria tecnológica na área da saúde com valores que buscam acarretar a felicidade como elemento resultante do processo de atenção, então, quando se discute acerca da humanização na atenção à saúde como proposta política, diz-se respeito ao estímulo dedicado a valores aceitos publicamente como propulsores da experiência de felicidade.

Segundo Casate e Corrêa (2005), a temática de humanização vem sendo constituída por diversas perspectivas, desde valores caritativos até a compreensão e preocupação atual com a valorização da saúde como direito do cidadão. Nos textos anteriores a meados da década de 1980 percebe-se que a humanização era reconhecida somente no que diz respeito à relação com o doente, de forma que não se articulava a humanização com as dimensões político-sociais do sistema de saúde e considerava o doente como ser frágil e dependente, aquele que desperta a piedade nos trabalhadores (CASETE; CORRÊA, 2005).

Nesta época a humanização era claramente percebida como conjunto de características pessoais dos trabalhadores, destacando: doçura, carinho, afetividade, compaixão, caridade, entre outros (CASETE; CORRÊA, 2005). A partir da década de 1990 a humanização não deixou de ser vista na relação com o doente, porém passa a tratar-se do doente como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia, e busca-se conjuntamente, a partir daí, possibilidades de participação do usuário em seu processo saúde-doença; o que difere da lógica caritativa concebida anteriormente; o usuário passa de necessitado de atos de caridade para sujeito portador de direitos, dentre eles, de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por profissionais responsáveis (CASETE; CORRÊA, 2005).

Campos (2005) percebe a humanização como um benefício para a instituição devido tirar de foco os conflitos e problemas estruturais do SUS, sendo aplicada como um instrumento de concordância populacional, desta maneira percebe-se a humanização como modismo que ganha a excitação popular e acarreta em proveito político ao mesmo tempo que reflete na tendência real de desvalorização do ser humano; sendo necessária uma mudança das estruturas, das pessoas e da forma de trabalhar saúde para obter a vida humana como objeto central de valor e alcançar a verdadeira humanização no atendimento.

Já Casete e Corrêa (2005, p.111) referem que:

A temática humanização envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político calçado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até os microespaços de atuação profissional dos saberes, poderes e relações interpessoais que se fazem presentes. Assim, é necessário compreender a humanização como temática complexa que permeia o fazer de distintos sujeitos.

Para Rehem e Trad (2005), a questão da humanização também é uma das preocupações da assistência domiciliar como uma modalidade de atenção à saúde. Lacerda et al (2006, p. 94) afirma os benefícios do atendimento domiciliar:

[...] existe a certeza de que os maiores beneficiados da atenção domiciliar à saúde serão os clientes e seus familiares, porque o cuidado passará a ser individualizado, humanizado, distante dos riscos iatrogênicos, pertinentes ao contexto hospitalar e, acima de tudo, contará com a participação do principal cuidador: o familiar ou o significativo.

Considerando o aumento da procura por cuidados de saúde e a sobrecarga hospitalar, para Lacerda et al (2006), o atendimento domiciliar surge como uma opção humanizada que traz um cuidado individualizado com maior privacidade e integração da equipe profissional com o paciente e sua família. Stelmake (2011) também apresenta como benefícios para o doente e seus cuidadores a possibilidade de realizarem o tratamento médico em sua própria residência, junto a objetos que representam sua história de vida, seus animais de estimação, plantas, amigos e familiares que representam laços de afeto e cumplicidade. É benéfico poder escolher o que vestir ou comer, ter suas necessidades fisiológicas satisfeitas de forma privada, estar no conforto

do lar e longe do hospital, de infecções ligadas a este, de aparelhagens e de mais sofrimentos (STELMAKE, 2011).

Amaral et al (2001) cita que diversos benefícios estão correlacionados à assistência domiciliar à saúde, como: 1) humanização do atendimento, 2) maior rapidez na recuperação do paciente, 3) diminuição no risco de infecção hospitalar, 4) otimização de leitos hospitalares para pacientes que deles necessitem, 5) redução custo/dia da internação, 6) tranquilidade do paciente por estar perto de seus familiares, 7) prevenção e minimização de eventuais sequelas e 8) redução de internações por recaídas da doença.

Leme (2013) diz que muitas são as vantagens do Home Care e afirma que incontáveis são os pacientes e familiares que já relataram melhora no estado clínico e rápida recuperação, muitas vezes indo para além do seu prognóstico. Segundo o autor isso se dá muitas vezes pelo fato de que os hospitais remetem para a titulação dos sujeitos como doentes, já, quando recebem alta hospitalar, interpretam a situação como se não estivessem mais doentes, considerando o próprio benefício de estar em seu ambiente domiciliar com a companhia de seus familiares e amigos, como já citado anteriormente (LEME, 2013).

Sabe-se, também, que uma das causas de mortes em pacientes hospitalizados são as infecções hospitalares, quando estas não são motivo para tais decorrências, na maior parte das vezes são agentes contribuintes, ocorrendo em grande porcentagem dos pacientes internados principalmente em UTIs (LICKY; MARQUES, 2002). Desta forma, conforme citado anteriormente, a modalidade de atendimento em domicílio acarreta na redução de riscos de infecções hospitalares, o que pode, por vezes, resguardar a vida dos pacientes ou evitar complicações futuras.

Desta forma, como destacado anteriormente, o Ministério da Saúde (2006b) afirma a importância da existência de mecanismos de desospitalização como instrumento integrante do processo de humanização. A partir disso justifica-se a implantação de serviços de atendimento domiciliar como tendo por objetivo a maior humanização a partir da substituição de atendimentos hospitalares ou ambulatoriais por modelos de atenção substitutivos, bem como no Programa Melhor em Casa.

Percebe-se assim que, para o paciente, muitas são as vantagens em receber seu tratamento e manutenção à saúde em ambiente domiciliar. Coloca-se em pauta, porém, a repercussão que este cuidado em domicílio acarreta para a família e para o cuidador, subentendendo-se a complexidade em muitos casos no cuidado e a responsabilidade assumida por estas famílias em manejar o paciente em situação aguda, bem como em usar determinados equipamentos tecnológicos necessários, o que pode colocar em risco a gravidade da doença do paciente. Assim, a família é responsabilizada a assumir o cuidado constante do paciente, tendo o suporte longínquo de equipe técnica, e, desta forma, questiona-se se esta modalidade de cuidado realmente promove uma verdadeira humanização.

3.2 – A redução de gastos do Estado com as hospitalizações: um debate a partir da atenção domiciliar

Uma das questões mais latentes na implantação de programas e serviços de saúde de caráter complementar e/ou substitutivo é a redução de gastos do Estado como resultante do processo de implantação de tais; como veremos a seguir.

São diversos os autores que descrevem como benéficas algumas características provenientes de serviços de atendimento domiciliar, e dentre estas descrevem a redução de custos e otimização dos leitos hospitalares como forma de racionalização dos recursos. Amaral et al (2001) descreve que quando a atenção à saúde se transfere para o ambiente domiciliar, este trás consigo diversos benefícios, e, entre eles, a promoção da redução de custos através de uma alternativa humana e econômica.

Rehem e Trad (2005) analisam os serviços de atendimento domiciliar como estratégias racionalizadoras que visam a uma redução da demanda por atendimento hospitalar. Através da substituição ou abreviação das internações hospitalares surge uma proposta de diminuição de custos através de uma reorientação do modelo de atenção à saúde como criação de novos espaços e formas de cuidar (SILVA et al, 2010).

O Ministério da Saúde (2012a) afirma que, na verdade, o atendimento domiciliar não proporciona uma redução de custos, mas sim o uso mais adequado dos recursos a partir de uma otimização dos leitos hospitalares e uso mais adequados destes, visto que o leito, ao ser desocupado, não é desativado e sim ocupado por outros pacientes que

realmente necessitem do cuidado hospitalar, compreendendo que a desocupação somente ocorre mediante a possibilidade do paciente ser cuidado em domicílio.

Uma das vantagens que aparece atrelada à implantação do Programa Melhor em Casa é a redução na ocupação de leitos hospitalares e a economia de até 80% nos custos de um paciente se comparado ao custo deste mesmo paciente quando internado em unidade hospitalar (MS, 2013b). Afirma-se, igualmente, que na modalidade de atendimento domiciliar, se gasta menos para realizar o mesmo pelo paciente do que quando internado em hospitais (MS, 2012a).

Feuerwerker e Merhy (2008, p.180) destacam:

No Brasil, a transformação dos modos de organizar a atenção à saúde vem sendo considerada indispensável para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) por pelo menos dois grandes motivos: em primeiro lugar, pela necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, da diversificação das tecnologias de saúde e da articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência; em segundo lugar, pela necessidade de adotar modos mais eficientes de utilizar os escassos recursos, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde — centrado em procedimentos — implica custos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz de responder às necessidades de saúde da população.

Desta forma os autores vislumbram a escassez dos recursos direcionados à área da saúde pública e afirmam que a atenção domiciliar surge como estratégia de racionalização de recursos em um contexto de envelhecimento populacional e transição epidemiológica, o que exige cada vez mais recursos para o sistema público de saúde arcar (FEUERWERBER; MERHY, 2008).

Tavolari, Fernandes e Medina (2000) descrevem que um dos grandes fatores que impulsionaram o crescimento do Home Care em todo o mundo foi a preocupação com a redução de custos em saúde, a qual alia-se à ausência de taxas provenientes desta modalidade de cuidado, à otimização dos leitos hospitalares e à satisfação dos usuários.

Feuerwerber e Merhy (2008) destacam que serviços de atendimento domiciliar promovem uma “alta precoce”, e, assim, ampliam a rotatividade dos leitos hospitalares através do processo de desospitalização. Os autores também observam que esta redução

de gastos hospitalares na verdade ocorre a partir de um compartilhamento de gastos na medida em que transferem uma parte do cuidado para as famílias destes pacientes que se responsabilizam por estes em ambiente domiciliar (FEUERWERBER; MERHY, 2008).

Cabe também destacar que, conforme Silva et al (2005), ocorre uma disparidade entre os gastos do sistema público de saúde, entre os gastos hospitalares e os da atenção básica e média complexidade, isso ocorre devido os altos custos de internações e taxas hospitalares, bem como os usos crescentes de alta tecnologia.

Hoje, a utilização do domicílio como espaço de atenção busca racionalizar a utilização dos leitos hospitalares e os custos da atenção, além de construir uma nova lógica de atenção centrada na vigilância à saúde e na humanização da atenção (SILVA et al, 2005, p.392).

Desta forma serviços de atenção domiciliar aparecem como novos espaços para o cuidado e como estratégias de diminuição dos custos hospitalares e racionalização dos recursos destinados à saúde, visando aliviar a carência de leitos hospitalares e diminuindo filas para internações (SILVA et al, 2005).

Nas análises de custos de Silva et al (2005) é confirmado que, para o sistema público, a relação de custo/benefício de implementação de programas de atenção domiciliar é positiva se comparada à internação hospitalar, porém estas análises não contemplam os custos arcados pelas famílias que recebem o paciente em seus domicílios.

Silva et al (2010) analisa a atenção domiciliar como sendo um modelo racionalizador de recursos que visa a diminuição de custos através da abreviação ou completa substituição da internação hospitalar e que é, ao mesmo tempo, uma alternativa humanizadora das relações em saúde.

Lima e Vargas (2004) pensam no atendimento domiciliar também como uma alternativa de cuidado econômica e humanitária, e observam que, com o aumento populacional e o crescimento da população idosa, a demanda para utilização de leitos hospitalares torna-se cada vez maior, sendo necessária otimização destes recursos. Analisam também que, mesmo quando este serviço é prestado pelo SUS, ele acarreta em custos significativos para os familiares do paciente, visto que o consumo de energia, a compra de medicamentos que algumas vezes não são fornecidos pelo SUS e demais

despesas com saúde são custos acarretados pelos próprios familiares ou pacientes (LIMA; VARGAS, 2004).

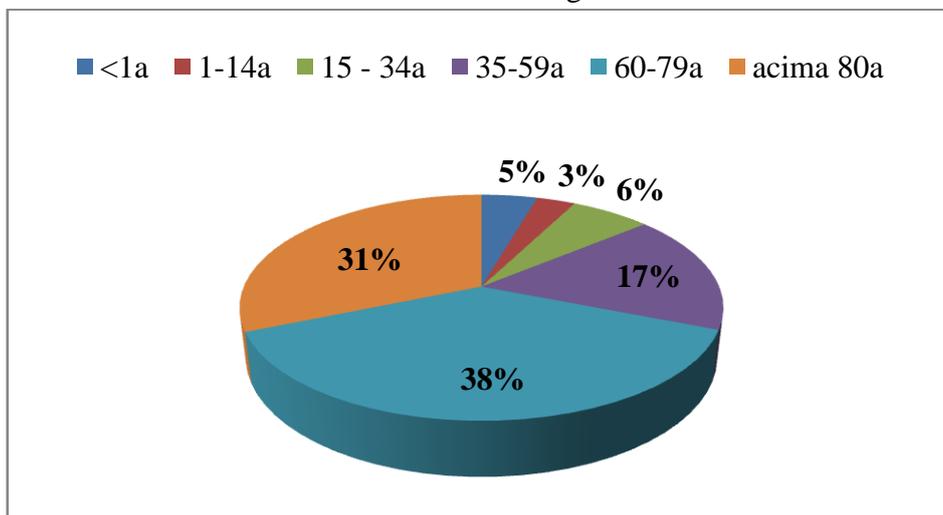
Martins e Lacerda (2008) descrevem que o país vem passando por transformações e reformulações nas políticas de saúde nos últimos anos por meio da modificação de um modelo de atenção à saúde centrado em hospitais, para um modelo de atenção que visa alternativas substitutivas e/ou complementares a partir de um cuidado extra-hospitalar. Estes novos modelos de atenção surgem em uma lógica de individualidade e humanização, mas também inclui a diminuição de gastos públicos com hospitalizações como agente fundante deste processo (MARTINS; LACERDA, 2008).

Percebe-se uma sobrecarga de demanda na rede básica de atenção à saúde, principalmente no quesito hospitalar, devido o crescente aumento de doenças crônicas degenerativas bem como o crescimento da população idosa necessitada de cuidados mais intensivos (MARTINS; LACERDA, 2008). Desta forma, é necessário salientar a importância da implantação de mecanismos alternativos de atendimento à população, tal como a necessidade de redução de custos a partir de novas alternativas de assistência, como, no caso, o atendimento domiciliar à saúde; e este, por sua vez, aparece como instrumento complementar ao modelo hospitalar, e auxilia na reorganização do sistema de saúde (MARTINS; LACERDA, 2008). Para os autores, a implementação da atenção domiciliar à saúde surge com a finalidade de redução e otimização de gastos e também da melhoria na qualidade da assistência, efetividade e eficácia do sistema de saúde (MARTINS; LACERDA, 2008).

Como justificativa desta necessidade de redução de gastos, caracteriza-se o envelhecimento populacional como principal elemento responsável pela transição epidemiológica, que, conforme estudos, alterou o perfil epidemiológico de prevalência de doenças transmissíveis para o predomínio de doenças crônico-degenerativas (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008). Berenstein e Wajnman (2008) explicam que este processo de transição epidemiológica acarreta em custos cada vez mais altos para o sistema de saúde, visto que anteriormente os processos de recuperação da saúde se resolviam rapidamente, por meio da cura ou do óbito, enquanto nos dias de hoje, com doenças crônico-degenerativas, acabam por significar, muitas vezes, em décadas de utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, em aumento dos gastos.

Desta forma, conforme podemos ver no Gráfico 1 a maior porcentagem de usuários atendidos pelo Programa Melhor em Casa, bem como o público alvo de atendimento e de desospitalização, é a população idosa com idade superior a 60 anos, chegando, em sua soma, a 69% dos atendidos atualmente.

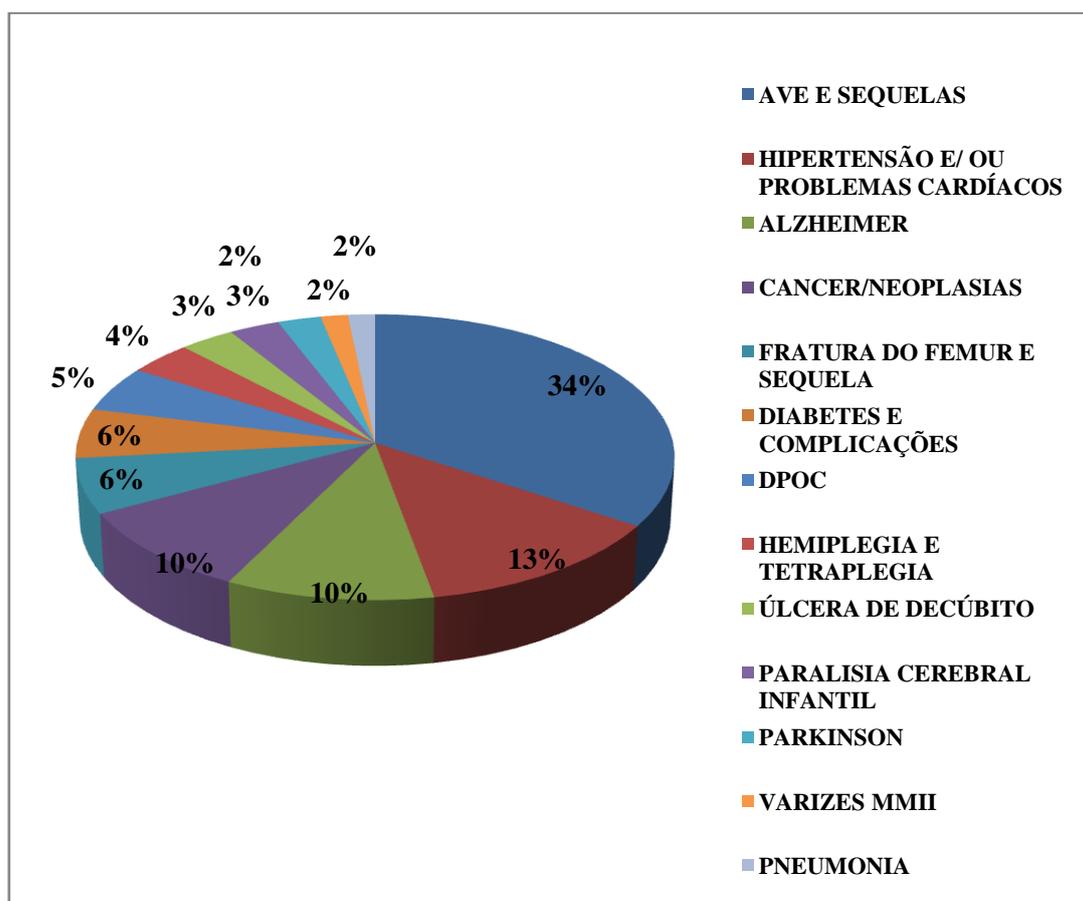
Gráfico 1 – Faixa etária dos usuários do Programa Melhor em Casa – 2012



Fonte: MS (2013c).

Berenstein e Wajnman (2008) destacam que muitos idosos possuem doenças cujos tratamentos e manutenções necessitam, caracteristicamente, do uso intensivo de tecnologia, o que implica em um maior gasto com este grupo etário, compreendendo que, quanto maior o emprego de tecnologia maior serão os custos. No Gráfico 2 destaca-se as principais patologias que acometem os pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, sendo predominantes: Acidente Vascular Encefálico (AVE) conhecido popularmente como Acidente Vascular Cerebral (AVC), hipertensão ou problemas cardíacos, alzheimer e câncer/neoplasias.

Gráfico 2 – CID 10 mais comuns dos usuários do Programa Melhor em Casa – 2012

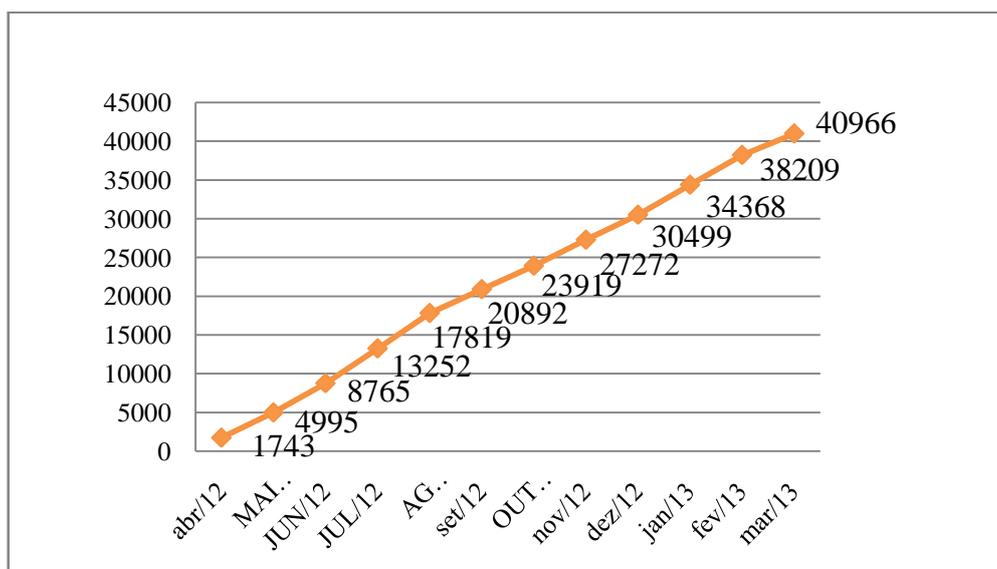


Fonte: MS (2013c).

Berenstein e Wajnman (2008) apontam que, no Brasil, a população vem envelhecendo rapidamente devido a queda nas taxas de fecundidade a partir da metade dos anos sessenta, e, deste modo, a proporção de idosos na população aumentou massivamente: o que antes não ultrapassava os 2,5% do total populacional na década de sessenta, está projetada para, em aproximadamente vinte anos, atingir 15% da população segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esta proporção justifica a densa preocupação do sistema de saúde público com a redução de gastos hospitalares, devido o aumento da necessidade desta população, que está em crescimento, em utilizar tecnologias, leitos hospitalares e necessitar de cuidados cada vez mais complexos. Esta preocupação com a redução de custos hospitalares, como visto anteriormente, resulta na busca por mecanismos substitutivos e complementares às internações hospitalares, e, assim, o Programa Melhor em Casa e demais serviços de atendimento domiciliar aparecem como instrumentos para tal.

O Gráfico 3 demonstra os leitos que potencialmente deixaram de ser ocupados com a implantação do Programa Melhor em Casa, que, segundo o Ministério da Saúde (2013c) estima-se em 128.000 leitos desocupados desde o início do Programa (considerando 60 pacientes/mês/equipe).

Gráfico 3 – Leitos que potencialmente deixaram de ser ocupados (cumulativo) –
TabWin/2013 – março 2013

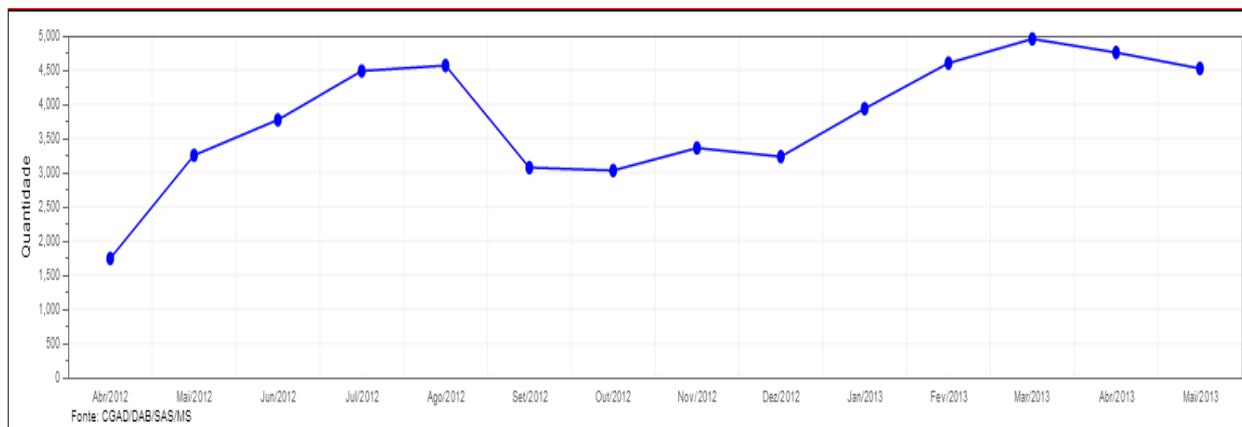


Fonte: MS (2013c).

Desta forma, com a retirada de pacientes dos hospitais e transferência do cuidado para suas famílias, ocorre uma redução dos gastos públicos. A partir da evidência de que os pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa são potencialmente idosos, e que, devido à idade elevada destes, muitas vezes requerem tecnologias avançadas para realização do tratamento à saúde, sabe-se que são estes que mais demandam recursos financeiros para recuperação/manutenção em ambiente hospitalar (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008). Assim, o Programa aparece como uma estratégia de desospitalização e, conseqüentemente, de racionalização dos recursos a partir da desinstitucionalização do cuidado.

Para melhor compreensão da diminuição de gastos com a implantação do Programa Melhor em Casa, apresenta-se o Gráfico 4, que enumera as internações domiciliares ocorridas através do Programa, e que, em grande medida, proporcionou diversas desospitalizações, liberação de leitos hospitalares e repasses destes pacientes para ambiente domiciliar.

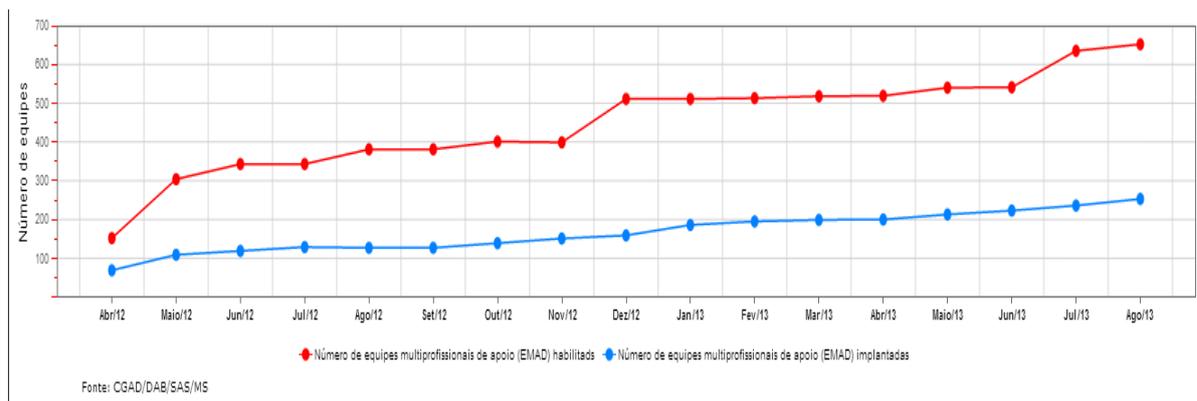
Gráfico 4 - Número de internações domiciliares pelo Programa Melhor em Casa no Brasil – abril/2012 à maio/2013



Fonte: MS (2013d).

Conforme ilustra o Gráfico 4, em abril de 2012 ocorreram 1743 internações domiciliares no Brasil, enquanto que, em março de 2013, em seu ápice, ocorreram 4955 internações em domicílio pelo Programa. Essa evolução na atenção domiciliar gera uma redução de gastos públicos. Para que isso ocorresse, foi necessário implantar equipes que realizassem o acompanhamento destes pacientes em ambiente domiciliar, as EMADs, como visto na seção I. O Gráfico 5 demonstra as equipes habilitadas e implantadas para realizar este atendimento.

Gráfico 5 – Número de Equipes Multiprofissionais (EMAD) no Brasil – abril/2012 à agosto/2013

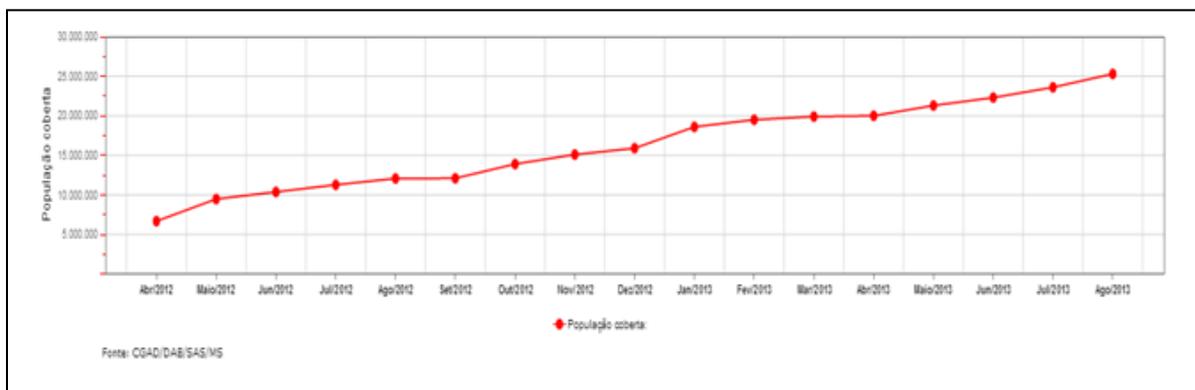


Fonte: MS (2013d).

Conforme o Gráfico 5 mostra, em abril de 2012 haviam 152 EMADs habilitadas, ou seja, aprovadas para que fossem implantadas, e 69 implantadas. Com o passar dos meses os números somente cresceram, chegando em agosto de 2013 com 652 EMADs habilitadas e 253 implantadas, demonstrando o constante e crescente investimento

público nesta forma de atendimento. O Gráfico 6 continua demonstrando a perspectiva de ampliação do Programa Melhor em Casa, e a crescente abertura de cobertura à população brasileira.

Gráfico 6 – População coberta no Brasil – abril/2012 à agosto/2013



Fonte: MS (2013d).

Em abril de 2012 o Programa Melhor em Casa abrangia uma população total de 6.678.089 habitantes, alcançando em agosto de 2013 a uma população total de 25.300.000 habitantes; essa população coberta diz respeito aos habitantes de todas as cidades que poderiam recorrer ao atendimento domiciliar do Programa como opção à hospitalização. Novamente neste gráfico percebe-se o claro crescimento desta forma de atendimento e o constante investimento público para aumentar sua abrangência, de forma que, a partir do Programa, ocorre uma redução considerável dos gastos hospitalares.

Demonstrar esse cenário de crescimento da atenção domiciliar no Brasil, por meio dos números do Programa Melhor em Casa e suas repercussões na desinstitucionalização do cuidado, possibilita finalizar esta seção do trabalho com a discussão das implicações para as famílias que recebem a transferência das responsabilidades pelos cuidados de seus doentes no domicílio.

3.3 - Atenção domiciliar e responsabilização da família

Como já abordado anteriormente, o atendimento domiciliar perpassa a esfera familiar na medida em que se insere no cotidiano dos sujeitos, torna os domicílios dos pacientes como o ambiente de intervenção da equipe multiprofissional e estabelece os

familiares/cuidadores como instrumentos de intervenção cotidiana e de foco da equipe técnica.

Partimos do pressuposto que, para que o paciente seja transferido do ambiente hospitalar para o domiciliar, é necessária a presença de um cuidador que o acompanhe diariamente em suas atividades, realizando desde sua higiene básica até cuidados complexos e específicos de cada paciente (MS, 2012a). O Ministério da Saúde (2012a) denomina o cuidador como sujeito do processo de cuidar, que realiza ou auxilia o sujeito dependente para realizar as atividades básicas de sua vida diária.

O cuidador pode ser formal ou informal, sendo que, como formal, denomina-se o cuidado exercido por um profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados em domicílio específicos para cada paciente, e, enquanto informal, traduz-se o cuidado prestado a pessoas dependentes por familiares, vizinhos, membros da comunidade ou voluntários, de acordo com as necessidades de cada paciente (MS, 2012a). Porém nota-se que muitos cuidadores contratados e remunerados para tal possuem formação de cursos de poucas horas e, por vezes, podem não possuir curso algum devido esta ser uma profissão instituída recentemente e firmada em acordos pessoais, sem fiscalização.

O Ministério da Saúde (2011b, s/p) define o cuidador como “pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana”. Como requisito para ingresso no Programa Melhor em Casa aparece a exigência da indicação de um cuidador por parte da família que acompanharia e auxiliaria o paciente no cotidiano, e, desta forma, Miotto e Dal Prá (2012) analisam a incorporação das famílias na gestão do cuidado em saúde na medida em que estas assumem o papel principal e fundamental no processo de cuidado e se responsabilizam pela provisão de bem-estar ao paciente, arcando com os custos emocionais, financeiros e físicos provenientes do cuidado prestado.

As autoras apontam esta situação como um processo de privatização da provisão de bem-estar, uma vez que a família e o mercado assumem esta função.

Esse flanco mercadológico abre-se também quando a ordem é “Melhor em Casa”, pois a família ao ser incorporada na gestão do cuidado passa a ser “oficialmente” requisitada para tal. Nessa condição, ela tem basicamente duas alternativas. Uma é a contratação

de cuidadores, que agora podem ser indicados como os responsáveis pelo cuidado de acordo com a portaria ministerial. Outra alternativa, continua sendo a utilização do trabalho familiar, não pago e invisível, e que continua recaindo majoritariamente sobre as mulheres (MIOTO; DAL PRÁ, 2012, p. 9).

Cabe aqui destacar um dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde em pesquisa com pacientes e cuidadores dos pacientes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa no período de 28 de setembro a 09 de novembro de 2012. Este dado diz respeito ao perfil dos cuidadores dos pacientes, no qual 50% são filhos, 16,8% são cônjuges e 10,3% são pai/mãe (MS, 2012b). Desta forma percebemos que, com a soma destes dados, 77,1% dos cuidadores são familiares e concluí-se que cerca de 22,9% são cuidadores contratados ou voluntários da comunidade. Destaca-se também nesta pesquisa a renda familiar dos pacientes acompanhados pelo Programa, conforme o Gráfico 7.

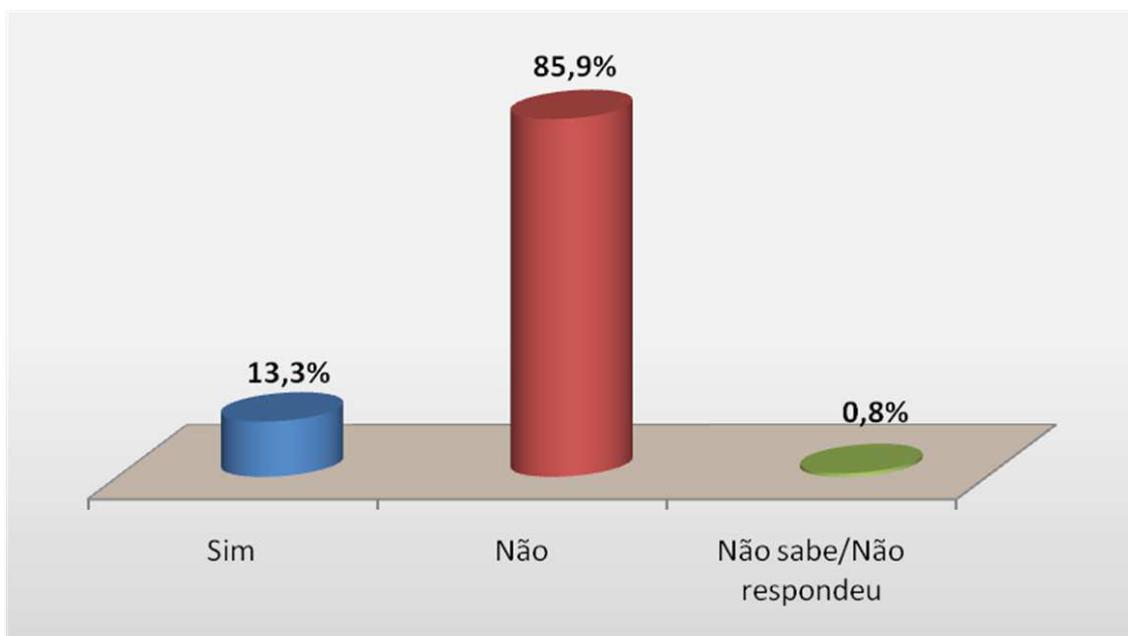
Gráfico 7 - Renda familiar – Período de 28 de setembro a 09 de novembro de 2012



Fonte: MS (2012b).

Este gráfico demonstra que a maioria dos pacientes atendidos pelo Programa possui renda familiar entre um e dois salários mínimos, necessitando remanejar e repensar a estrutura familiar para dar conta dos cuidados dispensados ao paciente adoecido e gastos excedentes com este. O Gráfico 8 aponta que 85,9% dos pacientes não possuem planos de saúde e contam exclusivamente com os serviços de saúde do SUS.

Gráfico 8 – Plano de saúde – 28 de setembro a 09 de novembro de 2012



Fonte: MS (2012b)

Itaboraí (2005) nota a tendência histórica da família ser sobrecarregada com a incapacidade do mercado e do Estado em prover segurança material e bem estar aos sujeitos, de forma que esta absorção de responsabilidades não é igualmente distribuída dentro do ceio familiar, tendendo a sobrecarregar instantaneamente e desproporcionalmente as mulheres, demonstrando uma divisão sexual dos cuidados.

Assim, através do próprio Programa Melhor em Casa, percebemos a centralidade que as famílias ocupam no cenário da saúde no Brasil, e esta centralidade reforça como responsabilidade familiar o cuidado dos pacientes internados em domicílio. As famílias, por sua vez, apontam um de seus membros para realizar o cuidado ou partem para o mercado para suprir esta necessidade através da contratação de cuidadores. Com as baixas remunerações familiares, deparam-se com a incapacidade financeira para suprir as demandas emergentes com gastos exacerbados acarretados pelo cuidado domiciliar com pacientes em situações agudas e não possuem renda necessária para contratação de cuidadores, necessitando remanejar um de seus membros para suprir esta necessidade.

Silveira, Caldas e Carneiro (2006) apontam os fatores econômicos como uma das diversas maneiras com que a família é onerada no cuidado do paciente, as perdas econômicas ocorrem de várias maneiras e muitos familiares pontuam os gastos excedentes com o cuidado ao paciente em âmbito domiciliar. São diversos os eventos

que impulsionam gastos extras, como na compra de medicamentos ou suplementos alimentares que não são dispensados pelo SUS, na compra/aluguel de camas hospitalares e demais materiais ou equipamentos que se fizerem necessários e não forem disponibilizados pelo sistema público, na eventual contratação de cuidadores ou dispensação de um de seus familiares para realizar a atividade de cuidador, seja através da demissão de seus empregos auxiliares ou afastamento de suas atividades habituais.

O Ministério da Saúde (2012a) destaca que a tarefa de cuidar é complexa e muitas vezes é dada a indivíduos que não estão preparados para exercê-la, sendo que esta responsabilidade é transferida para a família de forma que se acumula como mais um função a ser realizada. Assim, como visto anteriormente, o foco da equipe técnica do Programa se encontra no cuidador, o qual é destinatário de seis das dez atribuições das equipes multiprofissionais previstas na portaria ministerial, sendo preparado e capacitado para exercer o cuidado diário (MIOTO; DAL PRÁ, 2012).

O Ministério da Saúde (2008b, p. 8) apresenta algumas das atividades que são responsabilidades do cuidador em sua atividade diária, podendo variar conforme as necessidades do paciente:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde.
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos.
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais.
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde.
- Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

O Ministério da Saúde (2008b) também destaca sobre a complexidade do cuidado que se atribui repentinamente para pessoas que poderiam não estar preparadas para tal atividade, e que, muitas vezes, o cuidador familiar, geralmente leigo, não escolhe ser cuidador, somente se vê em uma situação de adoecimento de um familiar ou amigo em que assume esta função. O cuidador pode apresentar diversos sentimentos que podem gerar um alto nível de estresse pessoal e emocional, que surgem a partir do

cansaço, dos desentendimentos com a família ou com o paciente para realizar o cuidado, as diversas atividades que necessita assumir para suprir as antigas tarefas do familiar adoecido, e outros (MS, 2008b).

O Ministério da Saúde (2008b) continua descrevendo sobre a necessidade de realizar o autocuidado enquanto cuidador, compreendendo e satisfazendo suas próprias necessidades, porém reconhece que, para pessoas com limitações financeiras, seu poder de decisão fica reduzido e depende do auxílio de outras pessoas, em geral de familiares, necessitando compartilhar o cuidado com o Estado, a comunidade e demais familiares para manter uma vida satisfatória enquanto cuidador.

O Ministério da Saúde (2008b, p. 11) ainda descreve alguns tensionamentos que a sobrecarga do cuidador pode acarretar:

A tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do dia-a-dia. O cuidador fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados, soma-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Diante dessa situação é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar. A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada.

Desta forma, os cuidados no domicílio aparecem como exaustivos e estressantes, demandam tempo, investimentos financeiros e capacitação dos cuidadores (MS, 2012a). Com a reorganização familiar para realizar os cuidados da pessoa adoecida e com a máxima responsabilização da família por estes cuidados, geralmente esta responsabilidade recai sobre um dos membros da mesma, e, tradicionalmente, estes membros são mulheres. O Ministério da Saúde (2012a) também aponta que o cuidado é exercido particularmente por mulheres, sendo estes cônjuges, filhos, ou outros, e, em grande parte das vezes, já possuem doenças crônicas devido idades avançadas.

Silveira, Caldas e Carneiro (2006) analisam a forma com que o papel de cuidador emerge na família, de forma que ocorre uma reorganização do núcleo familiar para conseguir manter o paciente em domicílio. Quando os cônjuges assumem este papel agem como se este fosse uma obrigação vinculada ao casamento, ao acordo cerimonial que fizeram de cuidar do outro; já, quando os filhos assumem este papel, justifica-se pelo lugar que ocupam na família, por serem mais velhos, mais novos,

solteiros, ou outros, sendo que, tradicionalmente, este papel é ocupado por mulheres e é resultante de uma combinação de elementos familiares, situacionais, de personalidade e socioculturais (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006). Mito e Lima (2005) analisam o funcionamento da família enquanto unidade econômica e de serviços, acarretando em responsabilidades entre gêneros e gerações.

O Ministério da Saúde (2012a) aponta que a sobrecarga do cuidador pode resultar em doenças agudas e crônicas, acarretando na necessidade do uso de diversos medicamentos e tornando-o tão doente quanto à pessoa cuidada. Com a transferência do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar e com a exigência do acompanhamento do paciente por um cuidador como responsabilidade da família, ocorre uma exploração do trabalho familiar por parte do Estado, especialmente do trabalho não pago da mulher, assumindo, assim, o papel de prover bem estar aos membros da família e desonerando o Estado por tal, suprimindo as insuficiências das políticas públicas (MIOTO; LIMA, 2005).

Desta forma, Ruiz (2013, s/p) fomenta a ideia de que a redução de custos do Estado com internações hospitalares na verdade é o agente fundante do processo de atendimento domiciliar.

A princípio a ideia de cuidado domiciliar é bem-vinda, afinal, é salutar poder imaginar que as pessoas possam estar dentro de seus espaços de pertença, próximas às pessoas que se ama, dos animais de estimação e de maior controle sobre a própria vida. Assim, o cuidado domiciliar poderia colaborar para o implemento de autonomia do usuário. Entretanto, quando se pensa na questão dos custos, pode existir um movimento mediado muito mais pelo "econômico" que ensaia transferir custos para quem não tenha como arcar com eles. Por exemplo, quando as casas começam a ter que manejar formas de cuidado em uma rede de atenção básica deficiente ou quando tem que consumir produtos exigidos por tipos específicos de dietas, ou quando tem que arcar com materiais e utensílios que fazem parte da dinâmica hospitalar, não havendo condições materiais para isso. A prática do cuidado domiciliar tem que estar atrelada a uma efetiva política pública de saúde que intensifique o trabalho em rede. A redução dos custos seria uma simples consequência e não um motivador.

Stelmake (2011) analisa este comentário como evidenciador da complexidade que permeia as justificativas de implementação e crescimento do Programa Melhor em Casa no Brasil, o qual acaba por servir para a redução de custos do Estado e não para a qualidade de vida do paciente. Assim, a família aparece como um agente para redução de custos hospitalares e como instrumento de racionalidade estatal. O repasse dos

cuidados dos pacientes para as famílias e a implantação de programas de atendimento domiciliar na verdade são soluções para a redução e racionalização dos gastos públicos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando pensamos em atendimento domiciliar, seja este de atenção básica, média ou alta complexidade, nos deparamos com uma perspectiva de naturalização daquilo que foi construído historicamente com implicações políticas, sociais e administrativas. Neste trabalho percorremos o processo histórico que impulsionou a criação do Programa Melhor em Casa nos dias atuais.

Historicamente a família sempre assumiu o cuidado de seus doentes como responsabilidade, surgindo então as primeiras formas de atenção domiciliar na Europa e principalmente nos EUA. No Brasil o atendimento em domicílio iniciou com programas como SAMDU, que atendiam somente públicos restritos, como no caso, aos segurados da previdência social e seus dependentes.

Recentemente o atendimento em domicílio vem tomando proporções cada vez maiores, e, após a década de 1990, inicia-se a tentativa de regulamentação destes atendimentos através das diversas Portarias apresentadas. Com as primeiras Portarias publicadas sobre o assunto, ficou implantada a internação domiciliar como opção à hospitalização, surgindo diversas modalidades no decorrer do tempo que assumiram o domicílio enquanto ambiente de intervenção.

O serviço de atenção domiciliar pelo SUS era inicialmente delimitado à municípios com população superior à cem mil habitantes, e, posteriormente, com a última Portaria lançada, o Programa Melhor em Casa passa a atender cidades que possuam população de vinte mil habitantes, ou que, somadas computem esta quantidade. Isto demonstra um enorme crescimento na abrangência do serviço e seria ilusório pensar que este crescimento se deu sem motivos suficientemente explicativos para investimentos significativos neste Programa.

Foram apresentados os principais motivos divulgados como impulsores para implantação, crescimento e permanência desta modalidade de atendimento. Como principal motivo foi apontada a questão humanizatória no atendimento, o que traria os pacientes para suas próprias residências e os manteria próximos aos seus familiares e amigos, desfrutando de um ambiente que os pertença, dos seus animais de estimação, de suas atividades de lazer e da comunidade em que está inserido. Outro motivo apresentado foi a redução dos riscos de infecções hospitalares que acometem diversos

pacientes internados e prejudicam seu estado de saúde, muitas vezes agravando suas condições clínicas e expondo-os a maiores riscos.

A redução de custos e a otimização dos leitos hospitalares aparecem como resultantes desta forma de atendimento e como forma de melhoria do uso dos recursos públicos, visto que os pacientes que possuem a possibilidade de serem mantidos em ambiente domiciliar não consumirão os recursos e leitos públicos, deixando-os exclusivos à pacientes que realmente necessitem destes, como em casos mais severos e graves que necessitem maior intervenção da equipe técnica.

A partir da exposição destes fatores, passamos a questionar a repercussão que sobrevêm à família quando um paciente que necessita de cuidados diferenciados é colocado em seu meio e apresentada a responsabilidade de provisão destes cuidados como elemento familiar, com o distante acompanhamento de equipe técnica. Apontamos que a redução de custos por parte do Estado na verdade é um aumento de custos para as famílias, e isto indica que, na verdade, a humanização anteriormente apresentada é uma forma de mascaramento da real intenção com a implantação da atenção domiciliar.

Questiona-se se, com o repasse de funções de cuidado para a família do paciente, realmente ocorre um processo de humanização. Como discutiu-se, a equipe do Programa Melhor em Casa tem como principal atributo treinar os cuidadores para que realizem o cuidado diário dos pacientes em ambiente domiciliar, sem a demanda constante de equipe técnica, o que demonstra a centralidade do cuidador e sua importância para o funcionamento deste Programa e revela que a equipe técnica na verdade se converte em uma central de treinamento e de emergências quando necessário.

Denomina-se humanização o processo de valorização humana e melhoria dos recursos tecnológicos, da infraestrutura e dos recursos humanos a partir de profissionais competentes, éticos e responsáveis que garantam ações seguras para os pacientes; de forma que esta relação fragiliza-se quando o cuidado se distancia destes profissionais e se repassa aos cuidadores, que assumem atividades de variados níveis de complexidade.

Consideramos que a humanização na verdade aparece como um elemento ilusório, que não considera as relações familiares e a sobrecarga do cuidador familiar, e

surge como um grande chamariz e elemento de marketing que encobre o real motivo do tamanho crescimento do serviço: a redução de custos do Estado com hospitalizações. O que permite esta redução de custos hospitalares é a privatização dos serviços de saúde pública, utilizando-se da mão de obra e dos recursos familiares. Evidencia-se o mascaramento destas questões no discurso público, e ressalta-se que a real intenção estatal é a redução de custos com hospitalizações, podendo (ou não) resultar em humanização no atendimento. A humanização pode ser um resultado, mas não é o verdadeiro motivador.

O que neste Programa trata-se como humanizatório pode, em muitas situações, ser um elemento de adoecimento destes cuidadores devido à sobrecarga física e psicológica acarretada ao cuidado constante dos pacientes/familiares, e isto torna a caracterizar este atendimento como desumanizatório ao desconsiderar as situações cotidianas e familiares e suas consequências. Desta forma destacamos que a redução de custos do Estado com o atendimento domiciliar pode acabar por resultar em cuidadores adoecidos pela sobrecarga no processo de cuidar, e, conseqüentemente, no aumento dos gastos deste mesmo Estado na recuperação da saúde dos sujeitos aos quais adoeceu pela transferência de sua responsabilidade.

Buscamos problematizar estas questões e percebê-las a partir de um posicionamento crítico para não perpetuarmos a reprodução ideológica que perpassa o campo da saúde pública. Como Stelmacke (2011) afirma, sabe-se que o cuidado domiciliar traz benefícios ao doente e ao cuidador, porém é uma atividade contraditória devido gerar um enorme desgaste ao cuidador, visto este não poder contar com uma política de saúde que atenda tanto as necessidades do doente quanto as suas.

Desta forma analisamos as questões emergentes e resultantes do atendimento do Programa Melhor em Casa e destacamos a importância desta discussão para o Serviço Social na medida em que trabalhamos diretamente com as famílias dos pacientes e recebemos suas demandas enquanto usuários dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamasso; GERBER, Luiza Maria Lorenzini. A política nacional de humanização e o serviço social: elementos para o debate. **Serviço Social & Sociedade**, v. 6, n. 6, 2007, p. 1-170.

AMARAL, Nilcéia Noli do; CUNHA, Márcia Cristina Bauer; LABRONICI, Rita Helena Duarte Dias; OLIVEIRA, Acary Souza Bulle; GABBAI, Alberto Alain. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Rev. Neurociências**. 2001, p. 111-117. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>> Acesso em 19/08/2013.

ANVISA. Resolução Diretoria Colegiada RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. Brasília-DF, **Diário Oficial da União**, 27 jan. 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2011-2006.pdf>>. Acesso em 20/08/13.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005, p. 549-560.

BERENSTEIN, Cláudia Koeppel; WAJNMAN, Simone. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, 2008, p. 2301-2313.

BRASIL. Decreto nº 46.349, de 03 de janeiro de 1959. Aprova O Regulamento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (S.A.M.D.U.). **Diário Oficial da União**, DF, 1959. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=46349&tipo_norma=DEC&data=19590703&link=s>. Acesso em: 10/09/13.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de janeiro de 2002. Acrescenta Capítulo e Artigo à Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990, Que Dispõe Sobre As Condições Para A Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, A Organização e O Funcionamento de Serviços Correspondentes e Dá Outras Providências, Regulamentando A Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, DF, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm#art1>. Acesso em: 02/09/13.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de janeiro de 2003. Dispõe Sobre O Estatuto do Idoso e Dá Outras Providências. **Diário Oficial da União**, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 15 /09/13.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no sistema único de saúde**. Brasília, DF, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface**, v. 9, n. 17, 2005, p. 389-406.

CONEXÃO Home Care. **Conexão Home Care**. Disponível em:
<<http://www.conexaohomecare.com>>. Acesso em: 01/09/13.

CASETE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2005, p. 105-111.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. Política Nacional de Humanização e Serviço Social: algumas reflexões In: BRAVO, Maria Ines Souza; PEREIRA, Potyara. Política social e democracia. 4 ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2008, p. 260-286.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, 2004, p. 7-14. Disponível em:
<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/38/analisediscursocialhumanizacaohosp.pdf> Acesso em: 03/10/13.

DIREITO Liminar. "**Home Care**" - **Histórico e Conceito**. Disponível em:
<<http://direito.liminar.net/index.php/component/content/article/41-artigos-juridicos/271-qhome-careq-historico-e-conceito.html>>. Acesso em: 01/09/13.

FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panam Salud Publica|Pan Am J Public Health**, v. 24, nº 3, 2008, p. 180-188.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

HOME Care Cuidalar. **História do Home Care**. Disponível em:
<<http://homecarecuidalar.webnode.pt/historia-do-home-care/>>. Acesso em: 01/09/13.

ITABORAÍ, Nathalie Reis. A proteção social da família brasileira contemporânea: reflexões sobre a dimensão simbólica das políticas públicas. In: **Anais do Seminário Famílias e Políticas Públicas**. Porto Alegre: ABEP, 2005. Disponível em:
<<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/outros/FamPolPublicas/NathalieItaborai.pdf>> Acesso em: 30/11/13.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; OLINISKI, Samantha Reikdal; TRUPPEL, Thiago Christel. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade** v.15, n 2, 2006, p 88 – 95. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf>> Acesso em 19/08/2013.

LEME, Edvaldo de Oliveira. **Portal Home Care**. Disponível em:
<<http://www.portalhomecare.com.br>> Acesso em: 01/09/13.

LICHY, Raquel de Fátima; MARQUES, Isaac Rosa. Fatores de risco para infecção hospitalar em unidades de terapia intensiva: atualização e implicações para a enfermagem. **Revista Enfermagem UNISA**, nº 3, 2002, p. 43-49. Disponível em:

<<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-09.pdf>> Acesso em: 12/10/13.

LIMA, Tatiane de Costa; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. Cuidado domiciliar intensivo: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde? **Revista Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 57, nº 6, 2004, p. 658-661.

MARTINS, Soriane Kieski; LACERDA, Maria Ribeiro. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. **Revista RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, 2008, p. 148-156.

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

MIOTO, Regina Célia Tamasso; DALPRÁ, Keli Regina. Serviços Sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: **Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS**, 2012, Juiz de Fora. Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2012. v. único.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. LIMA, Telma Cristiane Sasso de. Quem cobre as insuficiências das políticas públicas?: aportes para o debate sobre o papel da família na provisão de bem-estar social. Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, **II Jornada Internacional de Políticas Públicas, Mundialização e Estados Nacionais: a questão da emancipação e da soberania**. São Luís, MA, 2005.

MS. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Satisfação Programa Melhor em Casa**. Brasília, DF: Coordenação Geral de Atenção Domiciliar, 2012b.

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.370, de 03 de janeiro de 2008. Institui O Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva Aos Portadores de Doenças Neuromusculares. **Diário Oficial da União**, DF, 2008a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1370_03_07_2008.html>. Acesso em: 06/09/13

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 1531, de 04 de janeiro de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, O Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva A Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva. **Diário Oficial da União**, DF, 2001a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1531.htm>>. Acesso em: 05/09/13.

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de janeiro de 2011. Reformula A Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, DF, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 20 set. 13.

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 249, de 16 de janeiro de 2002. Aprova as Normas Para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, DF, 2002. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_249_02.pdf>. Acesso em: 04/09/13.

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de janeiro de 2011. Institui A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, DF, 2011a. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/109382-2029.html?q=>>. Acesso em: 17/09/13.

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de janeiro de 2011. Redefine A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>. Acesso em: 19/09/13.

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416, de 23 de janeiro de 1998. Estabelece Requisitos Para Credenciamento de Hospitais e Critérios Para Realização de Internação Domiciliar no SUS. **Diário Oficial da União**, DF, 1998. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2416.pdf>. Acesso em: 03/09/13.

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529, de 19 de janeiro de 2006. Institui A Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, DF, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>> Acesso em: 15 /09/13.

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de janeiro de 2010. Estabelece Diretrizes Para A Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 04/10/13

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de janeiro de 2013. Redefine A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 05/09/13.

MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <http://www.bigfral.com.br/guia_pratico_cuidador.pdf> Acesso em 13/11/13.

MS. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** /Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília, 2001b, 60 p.

MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. Ed. Brasília, DF, 2006b.

MS. Ministério da Saúde. **Programa Melhor em Casa**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=364>> Acesso em: 09/09/2013b.

MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

MS. Ministério da Saúde. **Apresentação Programa Melhor em Casa SC**. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7009&Itemid=137>. Acesso em: 07/10/13c.

MS. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 10/10/13d.

REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (sup), 2005, p. 231-242. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a24v10s0.pdf>> Acesso em 01/09/13.

RUIZ, Erasmo. **Há casos e casos**. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/2636-atendimento-domiciliar-uma-alternativa-para-a-humanizacao-do-sus>>. Acesso em: 17/11/13.

SILVEIRA, Teresinha Mello da; CALDAS, Célia Pereira; CARNEIRO, Terezinha Féres. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre os cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, nº 8, 2006, p. 1629-1638. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/11.pdf>> Acesso em: 13/11/13.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, 2010, p. 166-176.

STELMAKE, Lenara Lamas. **Programa de cuidado domiciliar: o cuidador entre quatro paredes**. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2011.

SAVASSI, Leonardo C. M.; DIAS, Marcelo de Freitas. **Grupos de estudo em Saúde da Família: módulo visita domiciliar**. 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>>. Acesso em: 21/08/13.

SERAFIM, Alexandre Peixoto; RIBEIRO, Antônio Bento. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. 2, 2011, p. 163-168.

SILVA, Kênia Lara et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005, p. 391-397. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>> Acesso em: 21/08/13.

TAVOLARI, Carlos Eduardo Lodovici; FERNANDES, Fernando; MEDINA, Patricia.
O desenvolvimento do home health care no Brasil. **Revista Administração em Saúde**,
v. 9, n. 3, 2000.