



**Fundação Getúlio Vargas
MBA EXECUTIVO EM SAÚDE**

DESAFIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DO ACESSO E INTEGRALIDADE

Aluno(a): MÔNICA GRANDO GRUTZMACHER
Turma:01/2015
Conveniada FGV: ISAE CURITIBA

CURITIBA
09/2017



Fundação Getúlio Vargas

DESAFIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DO ACESSO E INTEGRALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso para atender
à exigência curricular do MBA EXECUTIVO EM
SAÚDE, da Fundação Getúlio Vargas.

CURITIBA
09/2017



**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
PROGRAMA FGV MANAGEMENT
CURSO MBA EXECUTIVO EM SAÚDE**

O Trabalho de Conclusão de Curso

DESAFIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DO ACESSO E INTEGRALIDADE

elaborado por MÔNICA GRANDO GRUTZMACHER

e aprovado pela Coordenação Acadêmica do curso MBA Executivo em Saúde, foi
aceito como requisito parcial para obtenção do certificado do curso de Pós
Graduação, nível de especialização, do Programa FGV Management.

Data:

Jamil Moysés Filho
Coordenador Acadêmico

Professor Avaliador



DEDICATÓRIAS / AGRADECIMENTOS

À Deus, por mais um passo em minha trajetória;

Aos meus familiares, pelo apoio e amor incondicional;

Ao meu namorado, o maior incentivador de meu crescimento profissional;

Aos professores, pelos ensinamentos e a ampliação de minha atuação;

Aos funcionários do ISAE/FGV pela compreensão de minha situação à distância e toda a ajuda prestada;

Meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A Atenção Domiciliar é uma realidade mundial, sendo que os principais fatores para o aumento do número de serviços desta característica são: mudanças no perfil demográfico com aumento da expectativa de vida, evidenciando o número de idosos na população; transformação do quadro epidemiológico, por motivos de doenças crônicas e múltiplas, gerando maior número de internações hospitalares para esse perfil e necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar; diminuição de custos relacionados ao sistema de saúde e; avanço tecnológico, que possibilita surgimento de equipamentos mais fáceis de manusear e transportar, criando viabilidade do cuidado no domicílio. Em consonância, a redução do tempo de permanência nos hospitais traz benefícios para a instituição, reduzindo custos e aumentando lucros e, para o consumidor no que diz respeito ao conforto, proximidade do ambiente familiar e privacidade. Assim, com a ascensão dessa modalidade de atenção, surgem os desafios a serem enfrentados, de maneira a garantir que usuários do sistema público e privado tenham efetivados seus direitos constitucionais de acesso e integralidade. A revisão da literatura realizada pelo presente estudo evidencia que a judicialização como estratégia de garantia de direitos, a transferência de responsabilidade à família e ao Estado, a precarização do processo de trabalho e por fim, o fator mais relevante, a ausência de legislação regulamentadora da atenção domiciliar no sistema privado, são os entraves que devem ser superados para que a assistência realizada em domicílio seja estratégia acessível, integral e eficiente.

Palavras-chave: Atenção domiciliar, regulamentação, judicialização.

ABSTRACT

Home care is a reality around the world and the main factors that increase the number of services of this feature is: changes in the demographic profile with increased life expectancy showing the number of elderly population, epidemiological frame transformation, due to chronic and multiple diseases, generating the highest number of hospital admissions for this profile and the accompanying need for multidisciplinary team; decrease of costs related to the health system; technological advancement, which allows emergence of equipment easier to handle and transport, creating viability of care at home. Accordingly, the reduction of the length of stay in hospitals brings benefits to the institution, reducing costs, increasing profits and, for the consumer with regard to comfort, proximity of the family environment and privacy. So, with the rise of this kind of attention, the challenges to be faced, in order to ensure that public and private system users have enforced his constitutional rights of access and integrality. The literature review conducted by the present study shows that judicialization as rights assurance strategy, the transfer of responsibility to the family and the State, the precariousness of the work process and finally, the most important factor, the absence of regulatory legislation of home care in the private system are obstacles that must be overcome for that assistance held in home is affordable, full and efficient strategy.

Key words: Home care, regulamentation, judicialization.



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Caixas de Aposentadoria e Pensões –CAPs

Institutos de Aposentadoria e Pensões –IAPs

Movimento da Reforma Sanitária – MRS

National Health Service – NHS

Resolução de Diretoria Colegiada – RDC

Sistema Único de Saúde – SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 METODOLOGIA	11
3.1 Tipo de estudo.....	11
3.2 Delimitação do estudo.....	11
3.3 População e amostra.....	12
3.4 Coleta de dados.....	12
3.5 Análise dos dados.....	12
3.6 Organização do estudo.....	12
4 SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL	14
5 TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BRASILEIRA	16
6 CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA GARANTIDO EM LEI E SEUS VIESES	18
7 A ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL E SUA REGULAMENTAÇÃO	20
8 DESAFIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR FRENTE AO ACESSO E À INTEGRALIDADE.....	23
8.1 AUSÊNCIA DE LEGISLAÇÃO REGULADORA DA INICIATIVA PRIVADA.....	24
8.2 A JUDICIALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE GARANTIA DE DIREITOS.....	27
8.3 TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE PARA FAMÍLIA E ESTADO.....	29
8.4 PRECARIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	31
9 ANÁLISE E/OU APURAÇÃO DE RESULTADOS.....	32
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

A estratégia de uso do domicílio como espaço de cuidado expandiu mundialmente a partir da segunda metade do século XX, como solução ao aumento dos custos com internações hospitalares, indisponibilidade dos serviços de saúde para atender a demanda da população e necessidade de humanização da assistência prestada, especialmente frente ao envelhecimento da população e incremento da carga de doenças crônicas (SILVA; *et al.*, 2005).

Segundo Fabrício (2005), a Atenção Domiciliar é uma realidade mundial, sendo que os principais fatores para o aumento do número de serviços desta característica são: mudanças no perfil demográfico, com aumento da expectativa de vida, evidenciando o número de idosos na população; transformação do quadro epidemiológico, por motivos de doenças crônicas e múltiplas, gerando maior número de internações hospitalares para esse perfil e necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar; diminuição de custos relacionados ao sistema de saúde e; avanço tecnológico, que possibilita surgimento de equipamentos mais fáceis de manusear e transportar, criando viabilidade do cuidado no domicílio.

A assistência realizada em sua forma domiciliar reflete um movimento de busca pela construção de novos modelos de atenção que sejam baseados em princípios de igualdade e equanimidade, garantindo os direitos constitucionais, melhorando a qualidade de vida e estimulando a autonomia do indivíduo e sua família. Ainda, traz à tona uma nova configuração de desconcentração de serviços de saúde, humanização da atenção e coparticipação no cuidado (ARAÚJO; *et al.*, 2000).

Todavia, o campo da Atenção Domiciliar evidencia um cenário de tensões entre sistema público e privado, no qual um lado (público) possui sua atuação regulamentada por legislação específica, que garante o direito constitucional de acesso e integralidade e o outro (privado), regido por uma lógica de mercado com vistas à obtenção de lucros, não possui normatização, de forma que há a definição pelas operadoras se irão e como oferecerão o serviço. Assim, a falta de regulamentação específica no sistema privado aparece como protagonista nas demandas judiciais nesse sentido.



Ainda, no que se refere à relação com o sistema público e com as famílias, a redução dos custos com internação por meio da desospitalização e a consequente redução do índice de infecções adquiridas nesse ambiente, gera uma contrapartida para a família e em sucessão, ao sistema público. Essa reversão de gastos à família é possível, pois, esta modalidade não é contratual e, isto posto, não há determinações registradas e legais para proteção dos consumidores nesse sentido.

Todo esse meio de tensão, motivado ainda pela visão de transferência de responsabilidade pelo paciente das instituições públicas e privadas aos familiares e/ou cuidadores, leva às demandas judiciais com o intuito de garantir os direitos constitucionais, através de um processo denominado judicialização que encontra na iniciativa privada seu campo mais fértil, no que se refere a garantia do direito do cidadão à saúde e o direito da empresa de obtenção de lucros. A conclusão é de que o consumidor conseguirá acesso a atenção domiciliar somente se a mesma estiver prevista em seu contrato com a operadora, caso não esteja, a justiça deverá ser acionada para o alcance da cobertura. O que se observa pela jurisprudência é que a internação hospitalar poderá ser convertida em internação domiciliar caso um médico especialista emita um laudo comprovando que a mesma é imprescindível para a recuperação do paciente. Também, há o raciocínio que as contratadas pagam o que há de mais caro dentro de uma instituição hospitalar, como terapia intensiva e outros tratamentos, portanto também deverão pagar o que pode ser feito em domicílio para a melhora do paciente, inclusive para reduzir o risco de infecção hospitalar. Ainda, há entendimentos que apontam que a exclusão da atenção domiciliar é uma ofensa ao direito.

Avaliar os desafios das novas modalidades de atenção e buscar soluções práticas, pouco onerosas e amplas, é o papel daqueles que trabalham diretamente na gestão em saúde, de forma que antever os problemas com a solidez de informações relevantes faz com que a empresa ganhe vantagem competitiva no mercado e garanta satisfação de seu cliente interno e externo.



2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Levantar junto à literatura nacional trabalhos que apontem os desafios inerentes a integralidade e ao acesso à Atenção Domiciliar no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Realizar uma revisão da literatura relacionada aos desafios relacionados à integralidade e ao acesso à Atenção Domiciliar no Brasil;
- 2) Levantar dados qualitativos sobre integralidade e acesso à Atenção Domiciliar no Brasil.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem como meta a caracterização da produção de conhecimento relacionada aos desafios da atenção domiciliar frente a integralidade, por meio de uma revisão da bibliografia nacional.

Azevedo (1996) compreende os objetivos da revisão bibliográfica que visa a, “[...] por meio de uma compilação crítica e retrospectiva de várias obras, demonstrar o estágio atual da pesquisa em torno de determinado objeto”.

3.2 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Os artigos foram pesquisados conforme sua adequação aos seguintes critérios pré-estabelecidos:

- 1) Artigos nacionais que abordassem a atenção domiciliar nos anos de 2000 a 2017;
- 2) Artigos indexados *online* nos bancos de dados **MEDLINE** (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line*), **LILACS** (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), **PubMed** (*U.S. National Library of Medicine*), **SCIELO** (*Scientific Electronic Library on Line*) e a biblioteca de teses e dissertações da **USP** (Universidade de São Paulo);
- 3) Artigos em português.

Os termos utilizados para a busca por estudos foram:

- 1) Atenção domiciliar desafios;
- 2) Atenção domiciliar SUS;
- 3) Atenção domiciliar suplementar.



3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população compreendida neste estudo incluiu 07 artigos, selecionados dentre 22 artigos em decorrência de relevância e redundância das informações.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita por meio de leitura e interpretação dos artigos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram categorizados e dispostos em instrumento próprio e depois relacionados qualitativamente.

3.6 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está organizado da seguinte forma:

- ✓ Capítulo 1(ou Parte 1) –SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL – Refere-se a um breve histórico internacional do surgimento dos sistemas de saúde enquanto instrumento de garantia do direito social à saúde;
- ✓ Capítulo 2ou Parte 2) – TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BRASILEIRA – Um breve relato histórico sobre como ocorreu a formação dos sistemas de saúde brasileiros;

- ✓ Capítulo 3 (ou Parte 3) – CONFIGURAÇÃO DO DIREITO GARANTIDO EM LEI E SEUS VIESES – Descreve como configura-se a saúde brasileira na atualidade;
- ✓ Capítulo 4 (ou Parte 4) – A ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL E SUA CONFIGURAÇÃO – Capítulo que rebusca a situação da Atenção domiciliar pública no Brasil, como se organiza e como é regulamentada;
- ✓ Capítulo 5 (ou Parte 5) – A SAÚDE SUPLEMENTAR E A ATENÇÃO DOMICILIAR– Capítulo que rebusca a situação da Atenção domiciliar privada no Brasil, como se organiza e como é regulamentada;
- ✓ Capítulo 6 (ou Parte 6) – DESAFIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR FRENTE AO ACESSO E INTEGRALIDADE – Capítulo que busca alcançar os objetivos propostos pela pesquisa e responder ao questionamento levantado pela pesquisadora;
- ✓ Análise e/ou apuração dos fatos;
- ✓ Considerações finais.

4. SISTEMAS DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

Os sistemas de saúde, cujo componente central são os serviços de saúde, são definidos como o conjunto de atividades com o propósito principal de promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Configuram-se como parte dos sistemas de proteção social que, por sua vez, referem-se a políticas públicas com o fim de proteger o indivíduo em questões de risco a vida e assisti-lo em situações de dependência (KUSCHNIR, 2014).

Os primeiros sistemas de proteção social foram família, comunidade, associações filantrópicas e religiões. Estes foram substituídos por categorias profissionais (associação de trabalhadores, em pequena escala) e Estado (criação de leis), o qual possui como registro a primeira forma de intervenção na Europa entre séculos XV e XVI, tendo a primeira lei promulgada em 1601 na Inglaterra e depois adotada em todo o continente europeu: Lei dos Pobres, que formalizou práticas já existentes com taxas pagas coletadas localmente e sob administração das municipalidades. Essa legislação foi a primeira e, por muito tempo, única intervenção do Estado na vertente de assistência social, pois, garantia estudo e trabalho aos órfãos ou àqueles cujos pais não poderiam manter o sustento, materiais para os pobres trabalharem e auxílio aos incapazes (aleijados, doentes, velhos e cegos). Nesse âmbito foram criadas as *workhouses* que combinavam moradia, cuidado, trabalho e casa de correção; funcionando como abrigo, creche, enfermaria geriátrica e orfanato. Posteriormente, também foi criada suplementação ao salário com base no número de filhos e preço do pão. Após intensas críticas relacionadas ao custo alto, aumento da pobreza e dos filhos ilegítimos, surgiu em 1834 a Nova Lei dos Pobres, tendo como objetivo as famílias que estivessem em condições tão ruins, de modo que preferissem ficar de fora desta lei gerando, portanto, um estigma vergonhoso associado a mesma. Tal Lei foi extinta no início do século XX e as *workhouses* abolidas em 1929 (KUSCHNIR, 2014).

Então, a Revolução Industrial promoveu a substituição da mão-de-obra manual pelas máquinas, criando a fábrica e promovendo imensa urbanização que levaram à deterioração das condições de vida e quebra dos laços familiares e



comunitários. As condições de trabalho eram terríveis, de forma que até as crianças eram submetidas a cansativa jornada, fato que levou em 1833 a promulgação da primeira lei contra o trabalho infantil. A saúde dos trabalhadores, por conseguinte, passa a ser questão política de importância, pelo fortalecimento do movimento operário e necessidade de manutenção da mão-de-obra. Nesse contexto, a Alemanha cria em 1883 o primeiro sistema de seguro social (incluindo saúde) que instituiu o seguro compulsório a todos os trabalhadores de fábricas (depois estendido a outras categorias), sem inclusão de dependentes, que abarcava aposentadoria, seguro desemprego e assistência à saúde. O financiamento era pela contribuição dos empregados e empregadores. A lei ficou popular, sendo seguida pela Bélgica (1894), Noruega (1909) e Reino Unido (1911). Depois da Primeira Guerra Mundial outros países introduziram sistemas de seguro social, incorporando diversas categorias de trabalhadores. Na América Latina teve início em 1920 (KUSCHNIR, 2014).

Após a Segunda Guerra Mundial, um conjunto de condições econômicas, sociais e políticas levaram à instituição do Estado de Bem-Estar Social, no qual a concepção de seguro é substituída pela Seguridade Social, cujo alvo é a cidadania. Por meio do relatório de Beveridge aprovado em 1946, a saúde passa a ser incorporada à noção de direitos de cidadania, adotada pelas sociedades europeias, tendo o Estado como provedor e financiador de serviços. Foi nesse contexto que nascem os Sistemas Nacionais de Saúde (universais e gratuitos). O primeiro a ser criado foi o National Health Service (NHS) na Inglaterra em 1948. Outros países europeus seguiram o mesmo caminho, ainda promovendo reforma em seus sistemas de proteção social como um todo (KUSCHNIR, 2014).

Desde então os países europeus foram ampliando sua cobertura a praticamente toda a população, alcançando a universalidade, sendo esta a tendência de todos os países desenvolvidos, com a importante exceção dos Estados Unidos que mantiveram o sistema privado cujo seguro é pago de maneira geral pelas empregadoras, havendo algumas ações voltadas aos idosos e mais carentes, entre outras estratégias pequenas de saúde coletiva. Porém, aqueles que não se encaixarem nos critérios de pobreza, idade e emprego acabam sem acesso a uma ampla gama de serviços de saúde, ou seja, cerca de 40 milhões de pessoas (KUSCHNIR, 2014).

A América Latina, por sua vez, possui profunda heterogeneidade social, política, econômica, demográfica e social, de forma que profundas desigualdades sociais e de atenção à saúde afetando diretamente a capacidade dos governos de responder aos problemas de saúde de sua população. No Brasil e na Costa Rica há sistemas universais que junto da Venezuela constituem tal acesso, porém de forma segmentada e com diversos desafios (KUSCHNIR, 2014).

De fato, a concepção de proteção social depende amplamente da maneira como cada sociedade responde a maneira como garantem o acesso da sua população aos cuidados e serviços de saúde.

Apesar das diferentes configurações os serviços de saúde são guiados por três diferentes dimensões: a) proteção social: Guiada pelos valores presentes em uma dada sociedade, o que determina quem, quando e quanto o sistema de proteção é capaz de proteger os indivíduos em risco e vulnerabilidade social; b) dimensão política: as políticas são definidas de acordo com conflitos existentes entre grupos com interesses distintos e capacidade de pressão diferenciada frente ao Estado; c) dimensão econômica: provisão de serviços de saúde envolve ampla utilização de tecnologia de modo que os recursos impulsionam a oferta e a demanda por serviços de saúde. Além disto, os sistemas de saúde estão introduzidos em contextos históricos e sociais que o determinam.

5. TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BRASILEIRA

Enquanto que o processo da construção dos sistemas de saúde e da sua organização em redes teve sua trajetória de maneira semelhante com bases na proposição de acesso e financiamento, cada país promoveu sua organização, o que ocorreu com o Brasil desde a época de sua colonização até os dias atuais.

Por volta do ano de 1889, a característica da população brasileira era predominantemente rural e o foco da economia era a agroexportação, principalmente do café. Sendo assim, o cuidado com a saúde era voltado para as doenças em massa, articuladas em ações coletivas para evitar que a população adoecesse e principalmente não levasse doenças aos países com os quais mantinham negócios. O modelo de atenção era denominado

SanitarismoCampanhista, no qual, os tratamentos e serviços de saúde eram oferecidos pelas Santas Casas (com alto custo financeiro) ou por curandeiros, benzedeiros e boticários (acessado pela população mais pobre). O Estado atuava no controle coletivo, para que nenhum surto ou epidemia afetasse a saúde de todos e conseqüentemente, prejudicasse a economia (MENDES, 1995).

Com a Lei Eloi Chagas em 1923 e o surgimento da Previdência Social no Brasil, criam-se as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que eram organizadas e administradas pelo Estado, seguindo a lógica da Previdência Social, por meio da oferta de serviços e assistência aos trabalhadores formais, ou seja, aqueles com carteira de trabalho assinada e, portanto, contribuintes (Modelo Médico Assistencial Privatista). Tal fato refletia o início de uma economia industrializada com repercussões sobre o âmbito da saúde, na perspectiva da manutenção do trabalhador apto ao trabalho (MADEL, 1991).

Em 1933 as CAPs dão lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), criados pelo governo de Getúlio Vargas, favorecendo os trabalhadores urbanos, a partir da concepção de categorias profissionais. Assim, baseado em uma administração tripartite (Estado, empresa e trabalhador), o setor de atenção à saúde mantém seu foco como setor privado de serviços médicos (Modelo Médico Assistencial Privatista), tornando a saúde mercadoria, em cujo mercado o fator mais importante é o lucro e não a cura da clientela (MENDES, 1995).

É importante lembrar que o Modelo Médico Assistencial Privatista tratava o biológico na alta complexidade, ou seja, intervinha somente no cunho curativo, não havendo prevenção ou reabilitação. Então, o modelo começa a chegar ao seu esgotamento.

A partir dessa visão, em 1975, começa a tomar forma o Movimento da Reforma sanitária (MRS), com propostas de saúde como direito de todos, em sua forma mais ampla, abrangendo aspectos sociais, econômicos, culturais, entre outros. O movimento foi composto pela sociedade civil, departamentos de medicina preventiva, universidades, movimentos comunitários, clínicos dos hospitais gerais públicos e alguns liberais ligados à Previdência Social (MADEL, 1991).

Em meio a síntese do movimento, em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde que teve como discussão a determinação da saúde como um direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor (AROUCA, 1987).

O cume dessas discussões foi a promulgação da Constituição de 1988 que assegurou a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Ao longo dos artigos 196 a 200, estão dispostos direitos de acesso, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), formas de fiscalização, dentre outros. Em decorrência desta, em 1990 foi elaborada a dita Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1980), a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, bem como princípios e diretrizes, competências e atribuições e outras providências. Ainda, para sanar debates relacionados ao financiamento e repasse de recursos, foi promulgada a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1980 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências de recursos financeiros na área da saúde (MENDES, 1995).

6. CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA GARANTIDO EM LEI E SEUS VIESES

Após a Constituição de 1988, houve resposta aos anseios colocados pelo setor saúde dentro da perspectiva que era enfrentada na época, ou seja, direitos, acesso e integralidade. Porém, a nova configuração com direitos de grandes dimensões, garantidos por lei a toda a população, traz consigo novas implicações que seguem até hoje como entraves a concretização do que outrora foi garantido por lei.

O artigo 196 da Constituição Federal garante o direito de todos a saúde e o dever do Estado mediante a esta garantia, por meio de políticas sociais e econômicas, visando a redução de riscos e agravos, de maneira universal, igualitária e integral. Já, no artigo 197 há a prerrogativa de que o Estado seja responsável pela oferta, regulamentação e controle da saúde, porém prevê a possibilidade da contratação de entidades privadas para ofertarem serviços, estando diretamente subjugados a administração pública. O artigo 198 expõe a regionalização e a hierarquização da rede, com a divisão de responsabilidades entre os entes federativos (descentralização), atendimento integral com prioridade em ações preventivas e participação da comunidade (controle social). O artigo 199 dispõe sobre a participação da iniciativa privada na saúde pública e remoção de órgãos,

tecidos e outras substâncias humanas. Enquanto isso, o artigo 200 especifica as competências do SUS (BRASIL, 1988).

Diante da dimensão dos direitos garantidos nessa constituição, a participação da iniciativa privada fez-se presente em seus artigos por meio da definição que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, mesmo que os serviços não sejam comprados pelo SUS.

A atuação da iniciativa privada pode se dar atrelada a indisponibilidade pelo SUS, havendo recorrência aos serviços prestados pela iniciativa privada, com o intuito de garantir ao cidadão a efetivação de seu direito. Por conseguinte, o SUS não é formado apenas por serviços públicos, contando com uma ampla rede de serviços privados, principalmente no que se refere a apoio diagnóstico, terapêutico e de alta complexidade. Em contrapartida, essas instituições privadas contratadas funcionarão de acordo com princípios e normas técnicas do sistema, devendo se submeter à direção única do SUS (CARVALHO; SANTOS, 2006).

Por outro lado, esses serviços podem ser oferecidos em caráter emergencial, esporádico ou suplementar na forma de planos de saúde contratados por pessoas físicas ou jurídicas (como benefício garantido pela pessoa jurídica aos seus funcionários), regulados pela Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS).

O fato é que a partir da Constituição e das Leis Orgânicas da Saúde há dois erros conceituais que ampliam a dimensão dos desafios do alcance do acesso e integralidade: Um deles é que mesmo com a participação da iniciativa privada, o SUS ainda não consegue ofertar saúde na mesma proporção de sua demanda, pois, trata-se de um plano de saúde com carência zero, cobertura total e com custeio variável (nem todos os cidadãos possuem uma contribuição definida, em contraposição ao seu acesso que todavia é garantido). Ainda, a saúde suplementar atua de forma concorrente, ou seja, na perspectiva dos entraves do Sistema Único de Saúde, a saúde suplementar absorve sua clientela como “sistema único”, oferecendo ampla cobertura e desarticulando os usuários do sistema público.

Com o intuito de superar esses desafios e de promover a efetivação do sistema de saúde, houve o advento de novas tecnologias do cuidado, como é o caso da Atenção Domiciliar e suas vertentes.

7. A ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL E SUA REGULAMENTAÇÃO

A estratégia de uso do domicílio como espaço de cuidado expandiu mundialmente a partir da segunda metade do século XX, como solução ao aumento dos custos com internações hospitalares, indisponibilidade dos serviços de saúde para atender a demanda da população e necessidade de humanização da assistência prestada, especialmente frente ao envelhecimento da população e incremento da carga de doenças crônicas (SILVA; *et al.*, 2005).

A atual organização do cuidado domiciliar em saúde, no Brasil, ganhou visibilidade com o aumento do número de serviços que oferecem esta modalidade de atenção, especialmente no setor privado.

Segundo Fabrício (2005), a Atenção Domiciliar é uma realidade mundial, sendo que os principais fatores para o aumento do número de serviços desta característica são: mudanças no perfil demográfico, com aumento da expectativa de vida, evidenciando o número de idosos na população; transformação do quadro epidemiológico, por motivos de doenças crônicas e múltiplas, gerando maior número de internações hospitalares para esse perfil e necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar; diminuição de custos relacionados ao sistema de saúde e; avanço tecnológico, que possibilita surgimento de equipamentos mais fáceis de manusear e transportar, criando viabilidade do cuidado no domicílio.

Em consonância, a redução do tempo de permanência nos hospitais traz benefícios não só para a instituição, reduzindo custos e aumentando lucros. As vantagens para o consumidor são em relação ao conforto e proximidade do ambiente familiar e privacidade.

Os primeiros registros relacionados a existência de serviços de internação hospitalar datam aproximadamente 1940, quando houve a criação do Serviço de Assistência Médico-Hospitalar e Urgência (SANDU). Em 1967, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo instituiu um programa da mesma natureza. Na iniciativa privada, os registros datam 1990, quando os convênios de saúde passaram a oferecer *home care* (GALVÃO, 2006).

Na década de 2000, no Brasil, havia uma diversidade de projetos e experiências direcionados para a atenção à saúde em domicílio, cada um com suas

características e modelos de atenção, porém a maioria das experiências partia das secretarias municipais de saúde ou instituições hospitalares que não contavam com incentivo ou regulamentação de financiamento (CARVAKHO, 2009).

Ainda em 2002 foi publicada a Portaria nº 249 que estabelecia a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Após, em 2013 o Ministério da Saúde redefine a Atenção Domiciliar no SUS por meio da Portaria nº 963 que posteriormente seria reformulada pela Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016.

Considerando os procedimentos de alta complexidade, a Lei nº8.080/90 prevê o atendimento e internação domiciliar. Com o intuito de acrescentar artigo e capítulo a Lei citada anteriormente e regulamentar a assistência e internação domiciliar no âmbito do SUS, foi estabelecida a Lei nº 10.424 de 2002.

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar a internação domiciliar.

Parágrafo 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

Parágrafo 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

Parágrafo 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

Como exposto, o artigo 19 da lei regulamenta os atendimentos e internações no ambiente domiciliar, sua multidisciplinaridade, além do suporte e aceitação familiar.

Em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária implementou uma Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) a fim de dispor sobre o regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006, explicitando somente aspectos organizacionais da Atenção Domiciliar, porém não estabelecendo critérios na sua contratualização na iniciativa privada.

Então, o Ministério da Saúde aprovou em 2011 a Portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011, a qual define a Atenção Domiciliar como

“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” (BRASIL, 2011).

A Saúde Suplementar, caráter do subsistema privado, é composto por ações e serviços desempenhados pela iniciativa privada no Brasil. Os planos assistenciais privados tiveram sua expansão na década de 1970, enquanto funcionava como contratado da previdência, teve sua atuação intensificada com a crise deste modelo (ANDRADE; *et al.*, 2009).

Atualmente, o setor cobre aproximadamente 40% da população brasileira e conta com mais de 1600 empresas e entidades operadoras, com modalidades de autogestão, cooperativa médica e odontológica, filantropia, medicina e odontologia de grupo, seguradora especializada em saúde e administradora de planos (ANS, 2010).

E, seguindo a lógica de mercado das instituições privadas, sofre influência da dimensão econômica que geram interesse pela diminuição dos custos e remodelagem do cuidado, culminando na possibilidade de a assistência domiciliar funcionar como racionalizadora de investimentos financeiros e substitutiva na produção do cuidado (SILVA; *et al.*, 2005).

De acordo com a Constituição de 1988, a iniciativa privada possui esse direito de prestar assistência em caráter complementar ao sistema público e regido pelos princípios de diretrizes do mesmo. Somente em 1998 o sistema privado começou a ter regulamentação específica, por meio da Lei Federal nº 9.656, que posteriormente foi alterada pela Medida Provisória 2.177-44 de 24 de agosto de 2001. Também, passou a ser regulado em 2000 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é vinculada ao Ministério da Saúde, com o intuito de defender o interesse público na assistência suplementar à saúde (ANDRADE; *et al.*, 2009).

Em 2007, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe sobre Atenção Domiciliar em sua Resolução Normativa nº 167 de 2007, na qual atualiza o rol de procedimentos cobertos pelos planos privados de assistência à saúde:

As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e seus Anexos, dentre elas, atenção domiciliar e assistência farmacêutica, inclusive medicação de uso oral domiciliar que substitua a terapia em regime hospitalar ou ambulatorial de cobertura obrigatória[...].

Seção I

Do Plano-Referência

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência) [...] (ANVISA, 2007).

8. DESAFIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR FRENTE AO ACESSO E À INTEGRALIDADE

A Atenção Domiciliar, em seu sentido amplo, é a forma de atenção que ocorre em domicílio, abrangendo todas as suas modalidades: atendimento, visita e internação. Takahashi e Oliveira (2001) colocam que a Atenção Domiciliar é uma modalidade ampla que se caracteriza por ações de promoção à saúde, envolvendo a concretização de políticas econômicas, sociais e de saúde, além de abranger ações preventivas e assistenciais de outras categorias que possui em seu universo (atendimento, visita e internação domiciliar). O atendimento domiciliar envolve ações que vão desde a prevenção e promoção até recuperação e manutenção por meio da atuação profissional diretamente no domicílio. A visita domiciliar é um instrumento de diagnóstico da realidade do indivíduo, promoção de ações educativas e intervenção na saúde da família e comunidade. A internação domiciliar é a categoria que envolve a utilização de aparato tecnológico para atendimento em domicílio, de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

A assistência realizada em sua forma domiciliar reflete um movimento de busca pela construção de novos modelos de atenção que sejam baseados em princípios de igualdade e equanimidade, garantindo os direitos constitucionais, melhorando a qualidade de vida e estimulando a autonomia do indivíduo e sua família. Ainda, traz à tona uma nova configuração de desconcentração de serviços de saúde, humanização da atenção e coparticipação no cuidado (ARAÚJO; *et al.*, 2000).

A avaliação dos entraves à concretização do acesso e integralidade na Atenção Domiciliar na saúde suplementar, deve estar calcada na reflexão de que a mesma encontra-se em um campo de tensões: de um lado a lógica da mercantilização da saúde, no que tange à racionalização de custos e sua consequente transferência que em muitos estudos apresenta-se como questão central na opção por essa modalidade de assistência e; por outro lado as situações de redução de riscos como infecções e quedas, promoção de qualidade de vida e aproximação do cuidado ao ambiente familiar. Ainda, sobrepostas à esta dicotomia estão as evidências que esta oferta de cuidado responde ao movimento da atenção gerenciada em saúde, inserida na racionalidade gerencial e financeira, culminando na “redução de custos dos procedimentos, flexibilização dos processos produtivos, precarização das relações e condições de trabalho” (CUNHA; MORAES, 2007).

8.1 AUSÊNCIA DE LEGISLAÇÃO REGULADORA DA INICIATIVA PRIVADA

A atenção no domicílio é reconhecida como alternativa de qualificação do cuidado, mas hoje funcionando enquanto benefício, ou seja, algo extra no plano contratado, não constituindo direito garantido na compra para todos os beneficiários.

A demanda de Atenção Domiciliar não possui contornos fixos e, portanto, as modelagens dos serviços que a ofertam são variadas, sendo que cada operadora define seus parâmetros, de forma que há contratos distintos com fornecedores, prestadores e beneficiários. Portanto, as situações divergem de uma para a outra no que se refere ao gerenciamento e monitoramento dos casos, constando em alguns planos a assistência por meio de contato telefônico, por exemplo, até mesmo assistência domiciliar com acompanhamento de equipe multiprofissional com transferência de aparato tecnológico para o domicílio (SILVA; *et al.*, 2013).

Pereira, *et al.* (2005) apontam que a introdução de novas tecnologias de trabalho, como é o caso da assistência em domicílio, pode trazer impactos positivos para a saúde dos beneficiários de planos de saúde e, por conseguinte, alterar o modelo de atenção vigente. O problema é configurado pelo fato de que, enquanto benefício, não há garantia a partir da contratação do plano de que a modalidade será ofertada. O que acontece, então, é que as operadoras estabelecem critérios de

elegibilidade que podem não estar diretamente ligados às necessidades apresentadas pelo usuário e sim, aos interesses econômicos da própria instituição contratada. Assim, “as famílias ficam à mercê do benefício concedido, que não se constitui em direito regulamentado”.

Em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária implementou uma Resolução de Diretoria Colegiada (RDC), a fim de dispor sobre o regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006, que explicita somente aspectos organizacionais da Atenção Domiciliar, porém não estabelece critérios na sua contratualização na iniciativa privada.

Ainda, no que se refere à relação com o sistema público e com as famílias, a redução dos custos com internação por meio da desospitalização e a consequente redução do índice de infecções adquiridas nesse ambiente, gera uma contrapartida para a família e em sucessão, ao sistema público. Essa reversão de gastos à família é possível, pois, esta modalidade não é contratual e, isto posto, não há determinações registradas e legais para proteção dos consumidores nesse sentido.

Em estudo realizado por Silva; *et al.* (2013), no qual há a análise de programas de atenção domiciliar sob o ponto de vista do direito à saúde, há o relato de que quando há procedimentos de alto custo como oxigenoterapia, as operadoras, em primeira instância, verificam a possibilidade de a família assumir o custo para então, posteriormente a resposta negativa, ocorrer a avaliação de auditores da instituição com o intuito de avaliar a real necessidade da utilização do insumo e, caso seja constatada, há a orientação para a busca pelo sistema público. Em alguns poucos casos, há o custeio do fornecimento quando a família não consegue assumir e o fornecimento é indispensável à alta do paciente. Os achados deste estudo permitem observar a relação utilitarista com o sistema público de saúde como estratégia para redução do custo da atenção domiciliar à saúde suplementar, isto é, as operadoras deixam de ser responsáveis por materiais e medicamentos, que são os insumos que mais impactam nos custos dos programas, por meio da alta hospitalar e transferência da responsabilidade à família ou ao SUS.

Os achados deste estudo corroboram com outros que apontam que a fonte de redução de custos da saúde suplementar está na transferência de gastos para as famílias, incluindo medicações orais, dietas enterais e insumos básicos para o

cuidado como, por exemplo, fraldas (MARTINS, *et al.* 2009; CUNHA E MORAIS, 2007; FRANCO E MERHY, 2008).

Franco e Merhy (2008) afirmam que os custos às famílias têm impacto variado, de forma que os mais carentes sofrem maior impacto relativo à sua renda do que os que possuem melhor situação financeira. O status jurídico-institucional atual dos programas de atenção domiciliar privados, no qual são considerados benefícios e não serviços contratualizados e, portanto, não passível de regulação, prevalecem as regras ditadas pelas operadoras, mesmo que estas se disponham a flexibilizar os critérios de admissão.

Assim sendo, entra em xeque a mudança do modelo assistencial na saúde suplementar que, mesmo que acrescente novas estratégias inovadoras na prestação de serviço, como é o caso da atenção domiciliar, desresponsabilizam-se em relação aos custos mais onerosos em instituições hospitalares, por meio da alta hospitalar, mas não conseguem manter a prestação do cuidado em domicílio. Não há, portanto, a transformação da concepção de cuidado sob uma ótica mais humanizadora e próxima das necessidades de saúde dos usuários.

Tal forma de atuação reafirma o problema da desregulamentação existente na atenção domiciliar via iniciativa privada, afetando o acesso dos usuários a bens e serviços que deveriam ser assegurados como direitos.

8.2 A JUDICIALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE GARANTIA DE DIREITOS

A judicialização reflete um caminho para demandas e modos de atuação legítimos dos cidadãos e instituições para garantir direitos constitucionais. Portanto, vai muito além de um instrumento jurídico e de gestão, envolvendo aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários (VENTURA; *et al.*, 2010).

Asensi (2010) define que é a busca pelo direito por quem se sentiu lesado pela ação ou omissão de outro.

Tanto na saúde suplementar como na pública, são comuns as ações judiciais promovidas pelo usuário, que podem significar disputa pelo direito de acesso,

regulação limitada e ausência de clareza na incorporação de tecnologias (ALVES; *et al.*, 2009).

No âmbito público, o direito universal à saúde requer que a definição de mecanismos acessíveis, transparentes e eficientes de monitoramento e responsabilização pela garantia do acesso aos bens e serviços. Portanto, há a prerrogativa de obrigação no préstimo de contas em relação ao exercício de sua função, identificando fraquezas e potencialidades a fim de realizar ajustes na política e outras correções necessárias. Além disso, há o conflito ético da atenção individual em detrimento da coletividade, visto que os recursos são escassos. Por conseguinte, torna-se imprescindível a definição de regras que atendam a individualidade sem lesar a garantia do direito à saúde (LIMA; *et al.*, 2009).

Enquanto isso, no âmbito privado o conflito se apresenta entre o direito do cidadão à saúde, o direito do consumidor em relação ao seu poder de compra e o direito das operadoras de planos de saúde em obterem lucro (SILVA; *et al.*, 2013).

As instituições que mais sofrem acionamento da justiça são as privadas, representadas pelos planos de saúde na lógica de mercado e a saúde como um bem público. Essa problemática poderia ser resolvida com a criação de regulamentos na Atenção Domiciliar, delimitando a atuação do setor suplementar e público, por meio de normas e regulamentos para sua condução. Com vistas à obtenção de lucros, as empresas privadas cerceiam os usuários de itens indispensáveis ao tratamento adequado, inclusive da atenção domiciliar.

Sendo assim, encontramos de um lado o usuário que busca sanar a ineficiência do Estado e da iniciativa privada em oferecer saúde em sua devida integralidade e, em contrapartida temos o Estado que “judicializa” a família pelo usuário e pelos cuidados.

No que se refere ao sistema privado, temos a questão contratual. O marco regulatório do sistema suplementar ocorreu em 1998, com a promulgação da Lei 9.656 que passa a regulamentar os planos de saúde e conseguiu avanços importantes como: a padronização dos planos oferecidos no mercado, transparência dos contratos, eliminação de antigas exclusões e limitações de cobertura, obrigação na cobertura de medicamentos e procedimentos na internação, estabelecimentos de regras econômico-financeiras e controle de reajuste de preços. Gregori (2008) coloca que

“É necessário o aprimoramento dos instrumentos jurídicos, e o aperfeiçoamento das instituições de forma a se evitar que consumidores necessitem ir ao Judiciário para obter o reconhecimento de direitos que eles efetivamente possuem”.

Porém, a jurisprudência alerta que a maioria da doutrina compreende a Lei 9.656/98 como lei especial e mais nova, devendo ser utilizado o Código de Defesa do Consumidor como Lei base para guiar a interpretação do direito do usuário. Tanto uma quanto a outra defendem a clareza contratual, ou seja, é responsabilidade da operadora do plano de saúde ajudar na compreensão do consumidor, a fim de gerar autonomia e equilíbrio contratual, de forma que também se constitui como direito do consumidor a revisão de cláusulas quando for detectado desequilíbrio em relação ao que já está contratado (CANTO, 2012).

Esses itens citados são genéricos, de forma que há uma lacuna legislativa a respeito da Atenção Domiciliar, que iniciou seu preenchimento a partir da Resolução da Diretoria Colegiada nº 11/2006 e a Normativa 167/2007 da ANVISA.

Em consulta realizada por Canto (2012) a ANS, sobre a cobertura da Atenção Domiciliar pelos planos de saúde, houve a seguinte resposta:

[...]No rol de procedimentos vigente não há cobertura prevista para HOME CARE (custeio de atenção em saúde domiciliar), independente da segmentação de plano contratada (ex.: ambulatorial, hospitalar).

HÁ PREVISÃO LEGAL PARA O NÃO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, BEM COMO PARA O NÃO FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO (Lei 9656/98, art. 10, incisos VI e VII).

É importante esclarecer que essas regras são válidas para os contratos assinados depois da vigência da Lei, ou seja, a partir de 2/1/1999, ou adaptados.

Não há qualquer proibição legal que impeça as operadoras de oferecerem cobertura maior do que a contratada, mas este oferecimento não se torna obrigatório caso isso venha a ocorrer.

Havendo previsão contratual para esta cobertura, ela será obrigatória.

Caso ocorra o descumprimento de cláusula contratual, favor retornar o contato para que possamos fazer a devida apuração e tomar as providências cabíveis [...] (ANS, 2008).

Portanto, a conclusão é de que o consumidor conseguirá acesso a atenção domiciliar somente se a mesma estiver prevista em seu contrato com a operadora, caso não esteja, a justiça deverá ser acionada para o alcance da cobertura. O que se observa pela jurisprudência é que a internação hospitalar poderá ser convertida

em internação domiciliar caso um médico especialista emita um laudo comprovando que a mesma é imprescindível para a recuperação do paciente. Também, há o raciocínio que as contratadas pagam o que há de mais caro dentro de uma instituição hospitalar, como terapia intensiva e outros tratamentos, portanto também deverão pagar o que pode ser feito em domicílio para a melhora do paciente, inclusive para reduzir o risco de infecção hospitalar. Ainda, há entendimentos que apontam que a exclusão da atenção domiciliar é uma ofensa ao direito.

8.3 TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE PARA FAMÍLIA E ESTADO

Na modalidade de atenção domiciliar configurada como internação domiciliar, o paciente fica sob responsabilidade de um cuidador que geralmente é um membro familiar ou um profissional contratado.

A percepção é que esse processo reflete a tentativa de o sistema público desafogar as demandas por internação, por meio da desocupação de leitos, economia com o tratamento de saúde e tornando o processo mais humanizado. Para o sistema privado, da mesma forma, há uma intenção de redução de custos.

Mesmo nas modalidades de visitas domiciliares, as visitas periódicas, mesmo que semanais, não vinculam diretamente o cuidado do usuário à equipe, fazendo com que o cuidado seja responsabilidade do cuidador.

Não há registro de auxílio financeiro do Estado a estas famílias com pacientes acamados ou domiciliados, a não ser no fornecimento de medicamentos (que fazem parte da relação da rede) e assessoramento de equipes de saúde. Há também, em casos especiais, que pacientes conseguem cadastrar-se no Programa Luz Fraterna (COPEL) para conseguirem registro de equipamentos elétricos essenciais a vida, porém que conta com suas regras excludentes rígidas. Porém, os insumos básicos para as necessidades do processo de doença, como alimentos, energia elétrica – em alguns casos, água, entre outros, permanecem a cargo da família, da mesma forma que o próprio cuidado. Além de, e em decorrência de todos os gastos citados anteriormente a família não tem condições financeiras de arcar com um cuidador especializado e, sendo assim, tornam-se diretamente responsáveis pelo cuidado de outrem (CANTO, 2012).

O cuidador, que assume a responsabilidade pelo cuidado com o usuário, muitas vezes não possui qualquer habilidade técnica ou conhecimento sobre a doença específica e procedimentos relacionados, assumindo muitas vezes por afeto, amor, afinidade, carinho, responsabilidade ou obrigação.

O fato é que além do aumento das despesas, há a necessidade de dedicação do cuidador em período integral e, por conseguinte, há a quebra de um vínculo empregatício de pelo menos um membro da família, reduzindo a renda. Ainda que, no Programa Melhor em Casa, política do Ministério da Saúde para o atendimento na residência, haja treinamento dos cuidadores para que possam assumir a responsabilidade que lhes cabe, devolver a família o cuidado sem uma estrutura de assistência ao cuidador e ao usuário quase caracteriza-se como uma negligência do próprio Estado, no que se refere à saúde do usuário e também à saúde do cuidador que sofre desgastes físicos e psicológicos que devem ser relevados (CANTO, 2012).

8.4 PRECARIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Cunha e Moraes (2007), identificaram em sua pesquisa que nos serviços de Atenção Domiciliar há um predomínio das formas de subcontratação de trabalhadores, ou seja, as cooperativas assumem a responsabilidade pelo cuidado de forma terceirizada ou por contratos temporários. O que se identificou é que, nas chamadas pelas autoras de Empresas Privadas de Assistência Domiciliar em Saúde – EPADS, há quadro fixo e quadro flutuante de funcionários. O quadro fixo refere-se ao mínimo de trabalhadores registrados, ou seja, com vínculo empregatício, que se configuram independentemente da demanda. O quadro flutuante é composto por profissionais autônomos, contratados de acordo com a variação do número de pacientes admitidos.

Esta situação apontada pelas pesquisadoras é condizente com um cenário de precarização do trabalho e de desemprego estrutural, tanto na produção de bens, quanto na produção de serviços. Cenário este apontado por Antunes (2001), que afirma que a crise é refletida na flexibilização dos direitos, de forma que a força de trabalho é recrutada a partir das necessidades do mercado, há a redução do número



de trabalhadores e ampliação da força de trabalho pela realização de horas extras, subcontratação e trabalho temporário.

Ainda, Cunha e Morais (2007), observaram que no que se refere a divisão técnica do trabalho, os profissionais que compõem o quadro fixo assumem além de sua função, múltiplas atribuições. Tal fato justifica a preferência por profissionais generalistas, pois, estão aptos a desenvolverem maior variedade de tarefas. Assim, contrata-se médicos e enfermeiros com função de supervisão e coordenação, que desempenham papéis técnicos, administrativos e até mesmo de captação de usuários nos hospitais. Toda essa realidade apresentada acarreta no estabelecimento de mais de um vínculo pelo profissional

Todos esses fatos citados e mais a padronização dos processos, de modo a garantir economia de escala, fazem com que se prejudique as condições de trabalho daqueles que atuam na modalidade domiciliar da atenção.



9. ANÁLISE E/OU APURAÇÃO DE RESULTADOS

Dentro da perspectiva proposta, o estudo evidenciou que os principais desafios da Atenção Domiciliar no que se refere ao acesso e à integralidade são:

- Ausência de legislação reguladora da iniciativa privada;
- A judicialização como estratégia de garantia de direitos;
- Transferência de responsabilidade para família e estado;
- Precarização do processo de trabalho.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na conjuntura econômica vigente, a qual afeta diretamente a assistência à saúde da população, tanto a iniciativa pública quanto a privada, lançam mão de estratégias para garantir sua perenidade.

O alto custo de internações hospitalares, a preocupação com as infecções, o processo de envelhecimento da população e seu vínculo com o crescimento das doenças crônicas, além da necessidade latente da humanização das relações de cuidado, trouxeram a Atenção Domiciliar à luz das novas práticas assistenciais.

Porém, esta é uma modalidade com início de implementação muito recente, marcada pela alteração do espaço onde as ações serão desempenhadas, o fato da admissão de uma pessoa, na grande maioria das vezes, leiga na equipe de cuidado e, principalmente o alcance dessa estratégia, visto que os deslocamentos, materiais e especificidades da equipe implicam em um limite de atendimento reduzido.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução Normativa de 09 de janeiro de 2007**. Atualiza o rol de procedimentos e eventos de saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1 de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

ALVES; *et al.* **O papel da justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009, v. 25, n. 2, p. 279-290.

ANDRADE, E. L. G.; *et al.* **Análise dos modelos assistenciais praticados pelas operadoras de planos de saúde em Minas Gerais**. In: PEREIRA, R.; SILVESTRE, R. M. (org.) Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2009. P. 87-118.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho** – ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. 4 ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.

AROUCA, A. S. S. **Saúde é democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

ASENSI, F. D. **Judicialização ou juridicização**: as instituições jurídicas e suas estratégias de saúde. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: PHYSIS, 2010, v. 1, n. 20, p.33-55.

AZEVEDO, I. B. de. **O prazer da produção científica**: diretrizes para a elaboração de trabalhos acadêmicos. 4 ed. Piracicaba, SP: UNIMEP, 1996. 206 p.

CANTO, D. E. **O contrato de plano privado de assistência à saúde à luz das normas de proteção do consumidor**. PUC, 2012.

Disponível em:

http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2012_1/diego_canto.pdf Acesso em: 05 set 2017.



CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Únicos de Saúde**: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) 4 ed. Ver e Atual. Campinas: Editora da Unicamp, 2006.

CUNHA, M. A.; MORAES, H. M. **A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas)**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007, v. 12, n. 6, p. 1651-1660.

FABRICIO, F. C. C. **Perspectivas sobre home care e sua importância para o idoso**. *Revista do Centro Universitário Claretiano*. Batatais/SP, n. 5, jan/dez 2005, p. 71.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Atenção Domiciliar na saúde suplementar**: dispositivo de reestruturação produtiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008, v. 13, n. 5, p. 1511-1520.

GALVÃO, F. **Hospital em domicílio**. Isto é dinheiro. 2006, n. 439, p. 78-79.

GREGORI, M. S. **Desafios após dez anos de Lei dos Planos de Saúde**. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo: 2008, v. 66, p. 88.

KUSCHNIR, R. **As Redes de Atenção à Saúde**: Histórico, Conceitos e Atributos. In: KUSCHNIR, R. (org.) *Gestão de Redes de Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. 280p.

LIMA; R. C. G. S.; *et al.* **A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana**. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 2009, v. 18, n. 1, p. 118-130.

MADEL, T. L. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80**. *Revista de Saúde Coletiva*. PHYSIS, 1991, v. 1, n. 1.

MARTINS, A. A.; *et al.* **A produção do cuidado no programa de atenção domiciliar de uma cooperativa médica**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009, v. 19, n. 2, p. 457-474.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80**: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.). 1995.



PEREIRA, M. J. B.; *et al.* **A assistência domiciliar:** conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2005, v. 13, n. 6, p. 1001-1010.

SILVA; *et al.* **Home care in Brazilian National Health System (SUS).** Revista Saúde Pública, 2005, v. 39, n. 3, p. 391-397.

SILVA; *et al.* **O direito à saúde:** desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. Saúde e Sociedade. São Paulo: 2013, v. 22, n. 3, p. 773-784.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). **Programa de saúde da Família:** manual de enfermagem. São Paulo (SP): O Ministério, 2001, p. 43-46.

VENTURA, M.; *et al.* **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.** Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: PHYSIS, 2010, v.1, n. 20, p.77-100.