



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Lara Silva, Kênia; Sena, Roseni Rosângela; Camargo Macruz Feuerwerk, Laura; Gomes de Souza, Caroline; Morais Silva, Paloma; Trevenzoli Rodrigues, Andreza
O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar
Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 773-784
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263660011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar¹

The right to health: challenges revealed by the home care provision in supplementary health services

Kênia Lara Silva

Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFMG.

Endereço: Rua Furtado Nunes, 131/101, Padre Eustáquio, CEP 30730-090, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: kenialara17@yahoo.com.br

Roseni Rosângela Sena

Doutora em Enfermagem. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG.

Endereço: Rua Palmira, 78/801, Serra, CEP 30220-110, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: rosenisena@uol.com.br

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Doutora em Saúde Pública. Professora Associada da Faculdade de Saúde Pública da USP no Departamento de Prática de Saúde Pública.

Endereço: Alameda Fernão Cardim, 317/71, CEP 01403-020, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: laura.macruz@usp.br

Caroline Gomes de Souza

Discente do Curso de Gestão de Serviços de Saúde da UFMG.

Endereço: Rua Antônio José de Oliveira, 320/202, Parque São Pedro, CEP 31610-300, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: caroline.g.souza@gmail.com

Paloma Morais Silva

Mestranda do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Pesquisadora do NUPEPE.

Endereço: Rua David Maurílio Mourão, 213, Palmeiras, CEP 30575-340, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: palomomorais@ymail.com

Andreza Trevenzoli Rodrigues

Mestranda do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Ensino e Práticas de Enfermagem da UFMG.

Endereço: Rua Eufrásia Augusta de Jesus, 396, Santa Helena, CEP 32015-220, Contagem, MG, Brasil.

E-mail: andrezatrevenzoli@yahoo.com.br

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar programas de atenção domiciliar na saúde suplementar do ponto de vista do direito à saúde, a partir de estudo de casos, de natureza qualitativa, desenvolvido em quatro operadoras de saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os dados empíricos foram obtidos de entrevistas com gestores de operadoras e prestadoras que ofertam programas de atenção domiciliar. Os resultados são discutidos a partir de três eixos analíticos: a oferta da atenção domiciliar e os desafios da universalização do direito à saúde; a relação da saúde suplementar com o sistema público de saúde e com as famílias; e a judicialização como caminho para se garantir o direito à saúde no campo da atenção domiciliar na saúde suplementar. A desregulamentação da atenção domiciliar na saúde suplementar foi revelada como um desafio para a garantia do direito à saúde, prevalecendo a oferta segundo os interesses das operadoras que adotam estratégias para evitar a judicialização, como, por exemplo, não divulgar o benefício. A suspensão da assistência por decisão unilateral da operadora e a transferência de responsabilidades para o sistema público de saúde e para as famílias afrontam o direito dos usuários de receber serviços na modalidade que melhor responda a determinadas situações de saúde. Conclui-se que a atenção domiciliar na saúde suplementar é permeada por tensões que evidenciam a urgência de maior regulamentação no campo. **Palavras-chave:** Cuidados domiciliares de saúde; Regulamentação governamental; Planos de pré-pagamento em saúde.

¹ Instituição financiadora: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Abstract

This study analyzes home care in supplementary health programs from the right-to-health perspective. A qualitative case study was conducted in four health operations operators in the municipality of Belo Horizonte, Minas Gerais State. Empirical data was collected via interviews with health operators and health providers offering home care services. The results were discussed according to three analytical criteria: provision of home care and challenges to the universal right to health; supplementary health relationship with the public health system and with families; and judicialization as a way of protecting the right to home care in supplementary health programs. Home care deregulation in supplementary health programs was exposed as a challenge to the right to health because this service provision is under health operators' control. These operators develop ways to avoid judicialization, such as providing home care services as an undisclosed benefit. The service disruption caused by the private operators' unilateral decisions and the transfer of responsibility to the public health system and families affronts the user's right to care that addresses specific health conditions. In conclusion, home care in supplementary health programs is permeated by tensions that highlight the need for urgent regulation.

Keywords: Home Care; Government Regulation; Prepaid Health Plans.

Introdução

A regulamentação da saúde como direito social é relativamente recente na história brasileira. A promulgação da Constituição da República Federativa de 1988 representou um marco na democracia nacional, ao mesmo tempo em que suscitou outros desafios para de fato garantir os direitos sociais. A criação e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta ainda desafios, especialmente no que se refere aos recursos financeiros, atribuições de responsabilidades entre as esferas de governo e as relações entre os subsistemas público e privado.

O subsistema privado de saúde, denominado Saúde Suplementar, é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada. No Brasil, a saúde suplementar iniciou sua expansão nos anos 1970, vendendo serviços à previdência; intensificou seu crescimento a partir da crise do modelo médico previdenciário, sobretudo pelo forte incremento da modalidade convênio-empresa (Andrade e col., 2009).

Conforme princípio constitucional, a iniciativa privada tem direito de prestar serviços de saúde de forma complementar ao sistema público e de acordo com as diretrizes e princípios do SUS. Ao definir as ações e serviços de saúde como relevância pública, a Constituição Federal atribui ao Estado a responsabilidade por sua regulamentação, fiscalização e controle. Isso se aplica a todos os serviços e ações, ainda quando sua execução não se efetive diretamente pelo poder público, mas por meio de contratados ou conveniados, pessoa física ou jurídica de direito privado (Brasil, 1988).

Foi somente a partir de 1998 que se iniciou a regulação específica sobre a Saúde Suplementar, até então regulada somente como atividade financeiro-securitária. O marco regulatório específico foi dado pela Lei Federal nº 9.656, alterada pela Medida Provisória 2.177-44, de 24/08/2001, e incrementado, em janeiro de 2000, pela Lei Federal nº 9.661, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essa agência, vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável pelo desenvolvimento e efetivação das estratégias nacionais de regulação pública do setor privado (Andrade e col., 2009; Ceccim e col., 2009). A ANS tem como finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde,

regular as operadoras setoriais – inclusive quanto a suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

A ação regulatória nessa área tem sido marcada por importantes tensões. Dentro do próprio campo da saúde pública não existe consenso em relação à importância de aproximar a prestação privada dos serviços de saúde dos princípios do SUS. No âmbito do mercado expressa-se intensamente a pressão pelo mínimo de regulamentação, ainda que internacionalmente se reconheça a saúde como um mercado imperfeito, que exige regulação (Alves e col., 2009).

Explicam-se assim a lentidão e as marchas e contramarchas da ação regulatória. Convive-se com anos de discussão, sem efetivar o ressarcimento das operadoras da Saúde Suplementar ao SUS, por conta dos procedimentos não lucrativos que são transferidos ao sistema público; anos discutindo sem construir critérios e mecanismos baseados no custo-efetividade para incorporar novas tecnologias ao sistema. Nesse último quesito, continuamos ao sabor do mercado, com alguma intervenção regulatória por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Há um esforço, que se intensifica de 2005 a 2009, de influir de algum modo na qualidade da atenção prestada na saúde suplementar, valorizando a integralidade das ações e a qualidade dos resultados obtidos, por meio do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (Brasil, 2012). Na maior parte do tempo, entretanto, o principal foco da atenção regulatória tem estado dirigido ao rol de procedimentos obrigatórios, controle dos preços dos planos e, mais recentemente, ao tempo de espera para o atendimento dos usuários pelas operadoras.

Como consequência, convivemos com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade dos serviços do setor, sem que os usuários tenham acesso à informação ou sejam orientados em relação ao tema. Dentre as lacunas da regulação, destaca-se a incipiência de diretrizes e ações destinadas aos programas de atenção domiciliar.

Estudos anteriores (Franco e Merhy, 2008; Martins e col., 2009) mostram que, sob o rótulo da atenção domiciliar (AD), as operadoras de saúde incluem uma ampla gama de serviços, que respondem a

necessidades diversificadas dos usuários não satisfatoriamente respondidas pelas ofertas habituais de serviço – baseadas fundamentalmente nas consultas médicas, pronto atendimento e internação hospitalar. De modo geral, o elemento disparador dessa diversificação de oferta foi a necessidade de se fazer frente aos altos custos operacionais decorrentes da produção de procedimentos médico-hospitalares.

Como a atenção domiciliar na saúde suplementar não é parte do rol de procedimentos obrigatórios nem é regulada pela ANS, as operadoras optam por utilizar esse “guarda-chuva”, reservando para si mesmas os critérios de inclusão ou não dos usuários em programas de atenção que são oferecidos como “benefícios”. As operadoras que optam por ofertar essa modalidade de assistência estão sujeitas apenas à regulamentação da Anvisa, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11/2006 (Brasil, 2006), que explicita aspectos organizacionais da atenção domiciliar, porém não estabelece critérios de contratualização nem mecanismos de regulação.

Na saúde suplementar, bem como no âmbito do sistema público, também são frequentes as ações judiciais promovidas pelos usuários de planos de saúde, pleiteando cobertura, diminuição do tempo de carência, rescisões unilaterais e a não limitação de internações. Esse é um indicativo de direito de acesso em disputa, das limitações da regulação no campo da saúde e da ausência de critérios claros para a incorporação tecnológica (Alves e col., 2009).

Sabe-se que os modelos tecnoassistenciais na saúde suplementar são muito diversos. A regulação que cada operadora exerce sobre a contratualidade entre usuários e prestadores define formatos distintos na organização da assistência à saúde. É nesse contexto da organização dos serviços na saúde suplementar que são estruturados os programas de atenção domiciliar: por um lado respondendo a necessidades de saúde, mas simultaneamente sofrendo atravessamentos pela lógica de mercado, próprios do campo econômico e financeiro (Franco e col., 2007).

É nesse território instável, de ausência de uma regulamentação específica, de direitos em disputa (Souza e col., 2007) e de necessidades não satisfeitas com os arranjos tradicionais da atenção, que nos propusermos a estudar as práticas de atenção domiciliar na saúde suplementar na cidade de Belo

Horizonte, tendo como um dos objetivos analisar o aspecto do direito à saúde.

Métodos

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, na modalidade de estudo de casos múltiplos, com o objetivo de apreender a realidade de uma instância singular, multidimensional e historicamente situada (Lüdke e André, 1986). A utilização desse método de pesquisa nas ciências sociais permite o estudo da particularidade e da complexidade de casos singulares, o que leva a entender sua atividade dentro de importantes circunstâncias (Yin, 2005). Os estudos de casos qualitativos devem atender a quatro características essenciais: particularidade, descrição, heurística e indução respectivamente com estudo de uma situação ou fenômeno particular; detalhamento completo e literal da situação investigada; descoberta ou confirmação de significados já existentes e construção de uma lógica indutiva na compreensão dos dados (André, 2005).

Para delimitar o universo do estudo foi realizado um mapeamento inicial por meio de um questionário estruturado, dirigido às operadoras com sede e/ou atuação em Belo Horizonte, Minas Gerais, buscando identificar as que ofertavam serviços de atenção domiciliar. Na segunda fase do estudo, dentre as operadoras mapeadas, quatro foram selecionadas intencionalmente para análise em profundidade – uma na modalidade de autogestão, uma cooperativa médica e duas de medicina de grupo. Todas oferecem programa ou serviço de atenção domiciliar com importante destaque dentro da instituição e no cenário da capital mineira.

Os dados empíricos foram obtidos a partir de entrevistas com os gestores das operadoras e prestadoras de planos privados e com coordenadores dos programas de atenção domiciliar selecionados, permitindo o detalhamento do fenômeno em estudo. Foram realizadas ainda entrevistas com profissionais e beneficiários das operadoras que se encontravam assistidos nos programas de atenção domiciliar.

O material empírico foi submetido à técnica analítica de adequação ao padrão, estratégia que permite comparar um padrão fundamentalmente empírico com outro de base prognóstica (Yin, 2005),

explorando tematicamente os achados a partir de três eixos: a oferta da atenção domiciliar e os desafios da universalização do acesso à saúde; a relação com o sistema público de saúde e com as famílias; e a judicialização como alternativa para garantia do direito à saúde na saúde suplementar.

Todas as questões éticas relacionadas à pesquisa envolvendo seres humanos foram observadas: o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os achados empíricos permitiram caracterizar os serviços de atenção domiciliar oferecidos pelas operadoras de planos de saúde, assim como as tensões geradas pela desregulamentação no campo, contrapondo a oferta do serviço como benefício, disponibilizado segundo interesses das operadoras em detrimento do direito ao acesso e do atendimento às necessidades dos beneficiários.

A oferta da atenção domiciliar e os desafios da universalização do acesso à saúde

O censo de 2010 demonstrou que, em Belo Horizonte, há uma população de 2.375.151 habitantes (IBGE, 2013), dos quais aproximadamente 1.237.111 são beneficiários de planos privados de saúde (ANS, 2012).

O mapeamento inicial indicou a existência de 57 operadoras e/ou prestadoras com atuação no município de Belo Horizonte, das quais 38 tinham sede no município. Dentre estas, 28 ofereciam serviços de atenção domiciliar de forma sistematizada. Das 28, 12 responderam ao questionário do estudo, permitindo caracterizar a oferta dos serviços de atenção domiciliar conforme Quadro 01. Verificou-se que aproximadamente 11269 pacientes são atendidos na modalidade de Atenção Domiciliar nas 12 operadoras/prestadoras que responderam ao questionário da pesquisa, o que representa 0,62% dos beneficiários de planos de saúde em Belo Horizonte.

As entrevistas com os gestores e coordenadores dos programas de atenção domiciliar nas operadoras revelam que, para a oferta dos serviços, de um modo geral, parte-se da identificação de uma população

Quadro 01- Oferta dos Serviços de Atenção Domiciliar. Belo Horizonte, 2011

Natureza Jurídica	Ano de implantação da AD	Modalidades dos programas de AD	Perfil dos pacientes em AD	Pacientes em AD
Empresa prestadora de serviços	2000	Assistência domiciliar, internação domiciliar, gerenciamento de casos e cuidados paliativos domiciliares.	Beneficiários com patologias crônicas e alta procura pelos serviços de urgência, portadores de doença em fase terminal, pacientes acompanhados após alta hospitalar.	2500 pacientes nas diferentes modalidades
Operadora de autogestão	2004	Assistência domiciliar, gerenciamento de casos e cuidados paliativos	Pacientes portadores de doenças crônicas com histórico de internações prolongadas ou reincidentes; pacientes após a alta hospitalar e pacientes em fase terminal.	40 pacientes em gerenciamento e aproximadamente 15 pacientes em assistência domiciliar
Empresa prestadora de serviços	1996	Acompanhamento domiciliário e monitoramento de grupo de risco	Beneficiários com patologias crônicas e alta procura pelos serviços de urgência	Não informado
Operadora de medicina de grupo	2000	Gerenciamento de crônicos, assistência domiciliar, cuidados paliativos.	Beneficiários idosos com internações prolongadas, requerendo cuidados contínuos, mas com estabilidade clínica.	1258 pacientes nas diferentes modalidades
Empresa prestadora de serviços	1999	Fototerapia Domiciliar / Internação Domiciliar Pediátrica e Neonatal.	Na maioria, pacientes com déficit neuropsicomotor, dependência de oxigênio e ventilação mecânica, gastrostomizados e traqueostomizados. A maior parte dos pacientes totalmente acamados.	26 pacientes
Empresa prestadora de serviços	1999	Gerenciamento de casos crônicos, internação domiciliar, case.	Pacientes com doenças crônicas, doenças neuromotoras e doenças agudas, com estabilidade clínica para continuidade de tratamento.	Gerenciamento de casos: 250 pacientes. Internação Domiciliar: 50 pacientes.
Operadora cooperativa médica	2002	Curativo, monitoramento, intervenção específica, cuidado paliativo, monitoramento neonatal e pediátrico.	Pacientes com doenças crônicas com limitação funcional, doenças agudas para continuidade de tratamento, pessoas com perda parcial ou total da autonomia, que necessitam de acesso diferenciado na rede assistencial.	6000 pacientes.
Operadora de medicina de grupo	2003	Atendimento domiciliar, Internação Domiciliar e Gerenciamento de casos	Doentes com problemas cardíacos, neurológicos, respiratórios, motores, com câncer e pós operatórios. Beneficiários de alto custo para o convênio porque rodam a rede (poliqueixosos)	Média de 12 pacientes em internação domiciliar. Em atenção domiciliar a média é de 80 pacientes com um limite máximo de 120.
Operadora de autogestão	2005	Atendimento domiciliar e internação domiciliar.	Paciente com impossibilidade temporária ou definitiva de se locomover e acessar a rede ambulatorial (crônicos de qualquer idade, doentes com câncer, vítimas de acidentes com fraturas e pacientes com doenças terminais)	Média de 35 pacientes por mês
Operadora de autogestão	2001	Acompanhamento de casos crônicos.	Principalmente idosos portadores de múltiplas patologias e uso recorrente dos serviços de urgência e hospitalização.	179 pacientes atendidos em 5 anos
Empresa prestadora de serviços	2002	Gerenciamento de casos crônicos, internação domiciliar e gerenciamento de doenças.	Beneficiários com limitação das atividades de vida diária e dificuldade para acessar a rede ambulatorial	Aproximadamente 1000 pacientes em acompanhamento

que utiliza intensamente os serviços – de urgência ou de internação. A partir daí, caracterizam-se as demandas dessa população-alvo e as respostas que seriam mais adequadas e viáveis economicamente (em termos de menores custos com procedimentos, internações, medicamentos etc.) para ampliar os períodos de estabilidade clínica sem complicação.

Como a demanda é variada, as modelagens dos serviços também o são e a organização da assistência à saúde é determinada pelas operadoras segundo diferentes critérios, que implicam em distintas contratualidades com os prestadores, fornecedores e beneficiários. Assim, estão incluídas na modalidade de atenção domiciliar situações tão díspares quanto o gerenciamento e monitoramento de casos (por meio de acompanhamento telefônico por profissionais de enfermagem, por exemplo) até a assistência domiciliar regular por equipe multiprofissional, com transferência de aparato tecnológico para o domicílio.

De modo geral, os programas de atenção domiciliar são desenhados, preferencialmente, para atender pacientes com agravos e doenças crônicas, em sua maioria idosos. São portadores de feridas crônicas, distrofias neuromusculares, sequelados de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou de politrauma, portadores de Alzheimer, de Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica, pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas, dentre outros.

Do ponto de vista dos usuários e de seus familiares, nessas situações em que se desenvolvem ações de cuidado por períodos prolongados, o acesso a programas de atenção domiciliar representa uma garantia do direito à saúde, pois caracterizam uma alternativa mais humanizada de atenção, mediante relação mais intensa e próxima entre a equipe, a família e o paciente.

Na operadora 1, os entrevistados revelaram que a expansão da operadora, especialmente nos últimos 10 anos, impulsionou a diversificação de serviços em sua carteira, a qual passou a incluir, desde 1999, como um benefício, a atenção domiciliar. Inicialmente o serviço era caracterizado como *home care* prestado por uma empresa terceirizada. Entretanto, essa modalidade de assistência tornou-se bastante onerosa para a operadora e foi sendo substituída por outras possibilidades de cuidado.

No momento da coleta dos dados, a operadora 1 ofertava seis diferentes modalidades de programas de atenção domiciliar com objetivos e capacidades de coberturas distintas, desde serviços pontuais para a realização de curativos domiciliares a programas com grande intensividade de cuidado com transferência de aparatos tecnológicos para o domicílio. Assim, os entrevistados se referiram à atenção domiciliar como uma possibilidade complementar e, em alguns casos, substitutiva a outras modalidades de atenção.

Na operadora 2, a atenção domiciliar foi iniciada em 2004 e apresenta-se em quatro modalidades (gerenciamento de crônicos, atendimento domiciliar, internação domiciliar e cuidados paliativos) que são ofertados como um benefício extracontratual. E essa característica de benefício é enfatizada para a família:

a gente deixa claro pra essa família que esse atendimento é um atendimento é... que é uma concessão de benefício, que não existe no contrato, né, e que ele pode ser desfeito a qualquer momento e é deixado claro pra família em que circunstâncias que esse, esse atendimento pode ser desfeito, esse contrato que a gente faz que é um termo de compromisso, inclusive que a família assina, deixando claro pra ela que é um benefício e que ele pode ser desfeito a qualquer momento, né... (Entrevista Gestor operadora 2)

Nessa operadora, a atenção domiciliar é apontada como uma alternativa para melhorar a qualidade da assistência, além de reduzir custos, confirmando a lógica já descrita em outros estudos no campo da atenção domiciliar (Silva e col., 2012, 2010; Cunha, 2007; Franco e Merhy, 2008, Rehem e Trad, 2005; Santos e col., 2011)

A operadora 3 oferece o serviço de atenção domiciliar desde 2004, como um programa estruturado que compõe o rol de procedimentos da operadora. A necessidade de continuidade do cuidado depois da alta hospitalar, identificada a partir de demandas das famílias que não se sentiam seguras nessa situação, foi a principal motivação para a implantação do programa. A preocupação com a continuidade do cuidado advinha também dos médicos assistentes que viram na atenção domiciliar uma opção viável para abreviar a internação de pacientes, ainda com

algumas restrições funcionais, mas sem indicação de internação hospitalar. Associou-se, a esse critério, uma apreciação do índice de reinternações e de procura frequente por atendimentos em pronto atendimento.

Como nas demais operadoras, foi destacada a oferta da atenção domiciliar como um benefício não contratualizado:

Na época [de se admitir na atenção domiciliar] conversamos com ele [cuidador], explicamos que não é uma cobertura. Então mesmo não sendo uma cobertura do plano sendo um benefício pra operadora e pro paciente. Alguns não têm essa percepção (Entrevista Gestor operadora 3).

A atenção domiciliar é reconhecida como uma alternativa capaz de qualificar o cuidado, mas, quando oferecida como um “plus”, como benefício, não se constitui como direito garantido na compra do plano de saúde para todos os beneficiários.

Na operadora 4, o programa de atenção domiciliar teve início no ano de 2000, sendo ampliado e modificado até adquirir as características atuais. A criação do programa foi motivada pela grande demanda de pacientes idosos com internações prolongadas, requerendo cuidados contínuos, mas com estabilidade clínica. Trata-se de um serviço não contratual oferecido pela operadora como benefício.

De modo geral, as operadoras estabelecem critérios de elegibilidade para inclusão de beneficiários na atenção domiciliar, de modo a restringir o acesso àqueles casos em que a transferência do cuidado para o domicílio possibilite redução de custos assistenciais. Visualiza-se que essa delimitação de critérios de elegibilidade para a atenção domiciliar é um fator que merece reflexão, pois fere o princípio da universalidade de acesso.

Assim, a relação entre oferta e demanda no campo do direito à saúde tende a ser positiva, quando consideramos que responde às necessidades de saúde de grupos específicos. Contudo, ainda é necessário o investimento em outras modalidades que, em larga escala, poderiam responder às demandas que já são reais nos serviços, tais como da população idosa em risco de adoecimento, mas que não se caracteriza como dependente de cuidados que são hoje os elegíveis nas operadoras estudadas como,

por exemplo, a população adulta e adulta-jovem com risco para diabetes e hipertensão, entre outros riscos e patologias.

Os resultados indicam que a assistência à saúde no domicílio pode representar um movimento para a construção de novos modelos de atenção que buscam uma assistência integral e equânime, garantindo a qualidade de vida e estimulando a autonomia do indivíduo (Sena e col., 1999, 2000; Pereira e col., 2005). Pode, ainda, configurar-se como uma estratégia de desconcentração de serviços de saúde, de humanização da atenção e de co-participação no cuidado (Araújo e col., 2000).

Dessa forma, a atenção domiciliar no setor suplementar pode impactar positivamente a saúde e a qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde, por introduzir novas tecnologias de trabalho mais cuidadoras e humanizadas e, dessa forma, operar como um dispositivo que altera o modelo de atenção vigente (Pereira e col., 2005). Entretanto, como benefício, não se constitui um direito garantido na compra do plano de saúde, sendo ofertada àqueles elegíveis segundo os critérios da operadora. Tais critérios, aqui analisados, não visam essencialmente a proteção dos beneficiários, mas os interesses econômicos das operadoras. Essa condição coloca as famílias à mercê do benefício concedido, que não se constitui em direito regulamentado.

A relação com o sistema público de saúde e com as famílias

Os resultados indicam que vários elementos contribuem para a diminuição de gastos na atenção domiciliar. Um deles é a desospitalização - com menor utilização de tecnologia dura, menores riscos de complicações como as infecções hospitalares e a concorrência mais parcimoniosa da equipe multiprofissional. Mas dois outros elementos são fundamentais para essa redução de custos: o compartilhamento do cuidado com a família (por meio dos cuidadores) e o repasse para a família da responsabilidade pela aquisição de medicamentos e outros insumos. Essa transferência de gastos para a família torna-se possível já que essa modalidade assistencial não é contratual e, portanto, não existem determinações para proteção dos consumidores nesse sentido.

Em especial, quando se trata de procedimentos

ou insumos de altos custos, como oxigenioterapia, os entrevistados relatam verificar a possibilidade de a família assumir os custos. Se não for possível, os auditores da operadora avaliam a real necessidade da utilização do insumo e, se houver indicação, há orientação para a procura no sistema público de saúde. Há, ainda, o fornecimento pela operadora em alguns poucos casos em que a família não pode custear e a auditoria considera o fornecimento indispensável para a alta do paciente para o domicílio.

Quando o paciente precisa de oxigênio, a operadora não fornece, mas a gente dá o caminho pra conseguir através do SUS. Então já tem o protocolo, já tem o formulário. Encaminha. [...] Se o paciente precisa de medicamento para Alzheimer, ele tá em uso de medicação. Então já tem protocolo, para todas medicações especiais da Secretaria de Saúde, a gente tem um formulário de como conseguir cada um dos medicamentos (Entrevista Gestor operadora 1).

Ele tem condições de alta, mas ele precisa manter oxigênio na residência, a gente conversa com a família, se a família não tiver como alugar, aí a gente vai acionar a auditoria pra avaliar aquele caso, quando existem casos que a gente encaminha pra Secretaria de Saúde, quando está dentro do rol daquela patologia existe a possibilidade de fornecimento de oxigênio, então a gente faz essas avaliações. Não é assim de imediato ah não então precisa vamos mandar o oxigênio, é bem avaliado que quando é caracterizada a necessidade que a família não pode arcar com aquela responsabilidade, aí a gente providencia (Entrevista Gestor operadora 4).

Os achados permitem afirmar a relação utilitarista com o sistema público de saúde como uma estratégia fundamental para a diminuição de custos que a atenção domiciliar representa para a saúde suplementar. Ou seja, se em regime de internação hospitalar, as operadoras teriam que responsabilizar-se pelos materiais e medicamentos, na atenção domiciliar, esses, que são os insumos que mais impactam a planilha de custos dos programas (Andreazzi e Baptista, 2007), são transferidos para a responsabilidade da família ou do sistema público.

A gente não oferece equipamentos, mas em alguns casos é necessário a gente oferecer pra família se sentir segura, então a gente faz quinze dias, um

mês, por exemplo de oxigênio, nisso ela já deu entrada na Secretaria [de saúde], que a gente sabe que demora. Então, enquanto isso ela tá alugando mas já deu entrada, então a coisa vai fluindo, as coisas vão acontecendo. Acho que é importante realmente explicar e orientar a família, deixar claro o papel da família vendo que não é impossível, que não é tão complexo quanto ela imaginava cuidar desse paciente (Entrevista Gestor operadora 3).

Geralmente quando é suporte maior, aí o enfermeiro vai, faz uma avaliação geral, coloca quantas gases, quantos soros, chega até a gente, a gente vai avaliar o que é nosso e o que não é: fralda descartável a família, a cama, cadeira, a família né, os medicamentos via oral a família e aí vai separando (Entrevista Gestor operadora 2).

Os achados corroboram com outros estudos que reforçam que uma das fontes de redução do custo dos serviços de saúde na saúde suplementar está na transferência de gastos para as famílias (Martins e col., 2009; Cunha e Moraes, 2007), incluindo-se, sobretudo as medicações orais, a dieta enteral e os insumos básicos para o cuidado - como fraldas (Franco e Merhy, 2008).

Questiona-se a desresponsabilização das operadoras que pagam o que há de mais oneroso dentro de um hospital, como internações em unidades de terapia intensiva sem limites e outros tratamentos, se também não deverão pagar o que pode ser feito em domicílio, inclusive para acelerar a melhora do paciente e diminuir o risco de infecção hospitalar. Tal questionamento reforça a discussão da mudança do modelo assistencial na saúde suplementar que, embora crescente novas ofertas na prestação de serviços - tendo a atenção domiciliar como a opção em larga escala e inovadora nessa lógica - parece não derivar de uma nova concepção de cuidado mais humanizadora e próxima das necessidades de saúde dos usuários.

Reafirma-se o problema que representa a desregulamentação existente no campo que afeta o acesso dos usuários aos bens e serviços a que deveriam ter direito assegurado.

A judicialização como caminho para a garantia do direito à saúde no campo da atenção domiciliar

Os resultados indicaram a judicialização como me-

canismo que garante a inclusão e a continuidade da atenção domiciliar na saúde suplementar, bem como o provimento dos recursos para a assistência no domicílio:

Temos liminares solicitando continuidade da assistência, além de fralda, copo descartável etc. [...] Nós entendemos que estamos tratando de uma coisa que é um benefício, não é uma coisa que tem a ver com a cobertura de um plano de saúde... (Entrevista com Gestor operadora 1).

Além da oferta como benefício, utilizada como precaução, já que atenção domiciliar não se configuraria um direito adquirido, algumas operadoras adotam a “não publicação” do serviço como estratégia para evitar a judicialização. A operadora 1 evita o termo internação domiciliar e a operadora 3 o termo *home care*. Existe, então, preocupação de evitar a possibilidade de as operadoras serem formalmente responsabilizadas pela garantia de todos os meios e insumos necessários para o cuidado - tal qual seria na internação hospitalar - e que não sejam criadas condições que abram brecha para que sejam judicialmente obrigados à prestação desses serviços:

Quando solicitam, [os médicos da rede credenciada] eles já colocam home care. A gente já falou que essa palavra é proibida aqui dentro, porque a gente sabe que isso gera, já gerou tanta ação judicial em tanta operadora que não funciona (Entrevista com Gestor operadora 3).

E hoje a gente não quer dizer que tem internação domiciliar aqui pela interpretação do termo internação. Quando a gente vai pra família e utiliza esse termo eles compreendem que seria a mesma assistência hoje disponibilizada no hospital, cama, material, todo equipamento, produto de higiene, dieta, eles entendem que é internação no modo de internação hospitalar. Então a gente não usa o termo internação. A gente compreende, dá o suporte ou o medicamento venoso ou o suporte respiratório, oxigenoterapia (Entrevista com membros da equipe de atenção domiciliar da operadora 1).

A judicialização é o retrato do descumprimento dos direitos sociais incluindo o direito à saúde. Especialmente no campo da saúde suplementar,

esse tema tem sido recorrente e marca um terreno de tensão entre interesses privados, representados pelos planos de saúde na lógica do mercado e a saúde como um bem público. Essas tensões podem ser minimizadas com a criação de regulamentações na atenção domiciliar que definem os papéis do Estado e do setor suplementar e estabelecem normas de organização.

A judicialização, tomando-se como referência o contexto democrático e contemporâneo, expressa um caminho para reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições para garantir direitos de cidadania firmados em leis - nacionais e internacionais. Envolve, portanto, aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além do componente jurídico e de gestão dos serviços públicos (Ventura e col., 2010). É a busca do direito por quem se sentiu lesado pela ação ou omissão de outrem (Asensi, 2010). No caso das ações que buscam benefícios relacionados à saúde, fica subentendido o Estado como agente de omissão.

O direito universal à saúde requer o estabelecimento de mecanismos acessíveis, transparentes e efetivos de monitoramento e responsabilização pela garantia do acesso aos bens e serviços necessários. Portanto, aqueles que possuem deveres relacionados com o direito à saúde têm a obrigação de prestar contas em relação ao exercício de suas funções, identificando avanços e obstáculos, para que sejam feitos os devidos ajustes na política de saúde e outras correções necessárias (Hunt e Khosla, 2008).

No caso do SUS, em que o acesso de alguns a certos benefícios compromete a possibilidade de outros acederem a outros benefícios, em função dos recursos limitados, para que o direito à saúde se consolide como finalidade positiva, é necessário que se enfrente, apoiando-se num sistema de regras, o conflito ético entre a proteção dos direitos individuais e a garantia do direito coletivo à saúde (Lima e col., 2009). No caso da saúde suplementar, a questão é outra. O conflito se estabelece entre o direito do cidadão ao acesso universal à saúde, o direito do consumidor aos bens a que tem acesso em função de seu poder de compra e o direito das empresas ao lucro na área da saúde.

Para assegurar o lucro, as empresas encontram modos de se desresponsabilizar por itens indispen-

sáveis ao tratamento adequado aos beneficiários e também reservam-se o direito de incluir ou excluir beneficiários da atenção domiciliar, segundo seus exclusivos critérios. Assim, a não regulamentação da atenção domiciliar na saúde suplementar representa um grande desafio no que se refere à proteção dos direitos dos beneficiários, de vários pontos de vista.

Fica claro também que as operadoras de saúde podem estar desempenhando um papel fundamental no crescimento exponencial dos mandados judiciais individualizados na saúde, principalmente os relacionados a procedimentos diagnósticos e terapêuticos e insumos de saúde, tendo como alvo o próprio sistema público de saúde, fato que teve início no final da segunda metade dos anos 1990 (Ventura e col., 2010; Baptista e col., 2009). Mais um capítulo, assim, na tensão público-privado na saúde, na tensão entre saúde como direito cidadão ou como bem de consumo, que vivencia o nosso país.

Conclusão

Os resultados do estudo permitiram evidenciar que, em todos os casos estudados, a atenção domiciliar constitui-se como benefício concedido pela operadora aos usuários elegíveis e não se configura como direito adquirido na contratação do plano, já que essa modalidade de assistência não está incluída no rol de procedimentos definidos pela Agência Nacional de Saúde.

Nesse *status* jurídico institucional, os usuários ficam sujeitos às normas e imposições das operadoras. Estas justificam a oferta de atenção domiciliar visando metas econômico-financeiras, associadas ou não à preocupação de atender as necessidades dos usuários com novas formas de produção em saúde, mais cuidadoras e ricas relacionalmente.

Desse modo, não há divulgação em massa por parte das operadoras estudadas sobre a existência do serviço. O usuário fica sabendo da existência do programa, na maioria das vezes, por oferta da operadora somente quando considerado um sujeito elegível.

A ausência ou incipiência de normatização no campo da atenção domiciliar na saúde suplementar também influencia a existência de diferentes

formas de organização dos programas, que são estruturados conforme as diretrizes específicas de cada operadora.

É premente, portanto, a necessidade de regulamentação específica, capaz de proteger os beneficiários e minimizar as tensões referentes às formas de contrato. Reforça-se assim a necessidade de incluir a atenção domiciliar no rol de procedimentos da saúde suplementar, incluindo-se, entre outros, os parâmetros de cobertura, valores de pagamento e critérios mínimos de oferta.

Referências

- ALVES, D. C.; BAHIA, L.; BARROSO, A. F. O papel da justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 279-290, 2009.
- ANDRADE, E. L. G. et al. Análise dos modelos assistenciais praticados pelas operadoras de planos de saúde em Minas Gerais. In: PEREIRA, R. C.; 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.
- ANDRÉ, M. E. D. A. *Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional*. Brasília, DF: Liber Livro, 2005.
- ANDREAZZI, M. F.; BAPTISTA, D. A. *Reflexões sobre modelos de financiamento de assistência domiciliar em saúde e avaliação de custos*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/custos.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2012.
- ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Informações em saúde suplementar*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF>. Acesso em: 02 jan. 2012.
- ARAÚJO, M. R. N. et al. Saúde da família: cuidado no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 53, p. 117-122, 2000. Número especial.

- ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização: as instituições jurídicas e suas estratégias de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 33-55, 2010.
- BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 14, p. 829-839, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa, 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jan. 2006. Seção 1, p. 1-2. Suplemento.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Programa de qualificação da saúde suplementar*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/aans/nossos-servicos/137-programa-de-qualificacao-da-saude-suplementar-qualificacao-das-operadoras>> Acesso em: 2 jan. 2012.
- CECCIM, R. B. et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação da saúde. In: PEREIRA, R. C.; 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. 199-233.
- CUNHA, M. A. O.; MORAIS, H. M. M. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias: aparentes e ocultas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1651-1660, 2007.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo de reestruturação produtiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.
- FRANCO, T. B. et al. *Assistência domiciliar na saúde complementar: revelando os processos de trabalho*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/implantacaoad/textos/ad_na_saude_suplementar_revelando_os_processos_de_trabalho.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2012.
- HUNT, P.; KHOSLA, R. Acesso a medicamentos como um direito humano. *Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 100-121, 2008.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Atlas do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2013.
- 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, v. 18, n. 1, p. 118-130, 2009.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- 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, v. 19, n. 2, p. 457-474, 2009.
- 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, v.13, n.6, p. 1001-1010, 2005.
- REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, p. 231-242. 2005. Suplemento 1.
- SANTOS, L. R.; LEON, C. G. R. M. P.; FUNGHETTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, p. 855-863, 2011. Suplemento 1.
- SENA, R. R. et al. Cuidado no domicílio: um desafio em construção. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 58-62, 1999.

SENA, R. R. et al. O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 53, n. 4, p. 544-554, 2000.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n.1, p. 165-175, 2010.

SILVA, K. L. et al. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 408-414, 2012.

SOUZA, M. H. S. C. et al. A intervenção do poder judiciário no setor de saúde suplementar: tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 44-60, jan. 2007.

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

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Recebido em: 09/01/2012

Aprovado em: 26/12/2012