



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Morais Santa Bárbara Rehem, Tânia Cristina; Alves Bomfim Trad, Leny
Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. Sup, setembro-dezembro, 2005, pp. 231-242
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63009924>

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

redalyc.org

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

Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira

Home health care: subsidies for a primary care project in Brazil

Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem ¹
Leny Alves Bomfim Trad ²

Abstract This paper addresses the topic of Home Health Care (HHC), a mode of assistance that adds rational and humanitarian motivations, and currently adapted by the health systems. By means of a brief historic-conceptual contextualization, the predominance of this approach is recognized in the hospital context, giving rise, however, to the problem of the need to strengthen it in the context of basic health attention. For that matter, a comparative analysis between the proposition of home health care in the scope of basic attention in Brazil, as proposed by the Ministry of Health, and the model adopted in Canada is discussed. Despite socio-economic and sanitation differences between the two countries, the analysis has provided elements that can support the Brazilian proposition, be it in regard to normative and operational aspects or in regard to its political-institutional feasibility.

Key words Home care, Basic assistance, Service organization

Resumo O presente estudo aborda o tema da Assistência Domiciliar (AD), identificando-a com uma modalidade de atenção que vem sendo adotada no âmbito dos sistemas de saúde, aliando motivações racionalizadoras e humanitárias. Por meio de uma breve contextualização histórico-conceitual, reconhece-se o predomínio desta abordagem no contexto hospitalar, problematizando, entretanto, a necessidade de seu fortalecimento no contexto da atenção básica. Neste sentido, desenvolve-se uma análise comparada entre uma proposta de assistência domiciliar no âmbito da Atenção Básica no Brasil, formulada pelo Ministério da Saúde, com o modelo adotado pelo Canadá. A despeito das diferenças socioeconômicas e sanitárias entre os dois países, a análise empreendida forneceu elementos que podem subsidiar a proposta brasileira, seja nos aspectos normativos e operacionais, seja no tocante à sua viabilidade político-institucional.

Palavras-chave Assistência domiciliar, Atenção básica, Organização de serviço

¹ Ministério da Saúde,
Esplanada dos Ministérios,
Bloco G, Edifício-Sede,
1º andar, sala 104,
70058-900, Brasília DF.
tania.rehem@saude.gov.br

² Instituto de Saúde
Coletiva da Universidade
Federal da Bahia.

Introdução

As instituições financeiras ou prestadoras de serviços de saúde no âmbito público ou privado têm-se preocupado com o crescimento dos custos desses serviços, especialmente na área hospitalar. Entre outros motivos, esse aumento decorre da incorporação de novas tecnologias assistenciais e do envelhecimento da população, o que aumenta a demanda por assistência de maior complexidade.

Além dos custos a ela associados, a assistência hospitalar tem sido frequentemente questionada por apresentar uma abordagem tecnicista, descontextualizada da história de vida dos usuários. Esses aspectos têm reforçado a necessidade de implementação de ações de saúde voltadas para uma prática mais humanizada, em que se respeitem os direitos do usuário, com preservação de suas relações familiares e valores socioculturais.

Para o enfrentamento dessas questões, tem-se buscado alternativas à intervenção hospitalar, destacando-se as ações de assistência ambulatorial e, de forma ainda muito incipiente no Brasil, abordagens no contexto domiciliar. São estratégias racionalizadoras que visam a uma redução da demanda por atendimento hospitalar ou à redução do período de permanência dos pacientes internados, mas que incluem, também, uma preocupação com uma humanização da atenção. Assim, a Assistência Domiciliar (AD) tem surgido como uma modalidade alternativa de atenção à saúde, já estando consolidada em alguns países desenvolvidos.

Torre *et al.* (1998), por meio da revisão da literatura nacional (cubana) e internacional, identificam uma série de vantagens atribuídas à internação no domicílio. Entre outras conclusões, os autores assinalam que essa modalidade de atenção altera minimamente o modo de vida do paciente; reduz os custos da atenção, tanto para a família como para o estado; diminui o risco de infecção; utiliza mais racionalmente os leitos e recursos hospitalares; estimula uma relação médico-paciente mais humanizada.

Um exemplo da vantagem da AD em relação à internação hospitalar, do ponto de vista da redução de custos, pode ser ilustrada pelos dados do estudo realizado em 2001 pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição. Ao avaliar os custos da assistência ao AVC, evidenciou-se uma redução de custos da AD em relação à internação hospitalar de 58% (Brasil, 2002a).

Com relação à qualidade da assistência prestada na AD, o estudo realizado em Cuba por Nava *et al.* (1993), em que foram analisados os casos de internação em domicílio, comprovou-se que 88% dos casos assistidos evoluíram de forma satisfatória e 100% dos pacientes e familiares mostraram satisfação com esta modalidade de atenção.

A partir da observação inicial das experiências nacionais e internacionais, dois aspectos chamam a atenção. O primeiro é o predomínio da Assistência Domiciliar vinculada ao âmbito hospitalar. O segundo, mais específico à realidade brasileira, é a ausência de uma política para a regulamentação desta modalidade de atenção em saúde, embora já seja possível identificar iniciativas parciais de regulamentação por parte do Congresso Nacional e do Ministério da Saúde, como se verá adiante.

Atendendo ao primeiro aspecto, concorda-se com Mendes (2001), que um dos desafios do sistema público brasileiro consiste em integrar a atenção domiciliar com os outros pontos de atenção à saúde do sistema, incluindo as equipes de saúde da família. Embora não tenham sido publicadas diretrizes para regulação da atenção domiciliar no contexto atenção básica, nos documentos do Programa Saúde da Família – PSF (Brasil, 2000a), a internação domiciliar é referida como uma prática incentivada pelo PSF, ressaltando que esta não substitui a internação hospitalar tradicional, mas que deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Vale ressaltar que a internação domiciliar e a visita domiciliar são colocadas como formas de atenção domiciliar (Brasil, 2000a).

Nesse cenário, o Ministério da Saúde iniciou um processo de discussão buscando a configuração de uma proposta para a *Assistência Domiciliar* no âmbito da Atenção Básica. Visando fornecer subsídios a esta proposta, o presente trabalho alia uma contextualização histórico-cultural relativa à assistência domiciliar com uma análise comparada entre a proposta brasileira e o modelo adotado no Canadá. Embora se reconheçam as diferenças socioeconômicas e sanitárias entre os dois países, considera-se que a aproximação com uma experiência relativamente consolidada, de um país que vem investindo há alguns anos no fortalecimento da atenção primária da saúde, do enfoque comunitário, desencadeando para tal um forte processo de desospitalização, poderá lançar luz à proposta brasileira, ainda em fase de discussão.

Metodologia

Este estudo alia uma pesquisa de síntese da produção bibliográfica acerca do tema da assistência domiciliar com uma análise comparada de duas propostas de organização desta modalidade de atenção, respectivamente, no Brasil e Canadá. A revisão de literatura considerou a produção sobre o tema no período 1989 a 2002, disponível nas bases de dados Medline, Lilacs, Ad Saúde e PAHO. Foram identificados 25 artigos sobre o tema. A maioria no âmbito hospitalar, com predomínio nas patologias.

Na comparação das duas experiências – Brasil e Canadá – utilizou-se a análise documental. No caso do Brasil foi analisado o projeto Assistência Domiciliar na Atenção Básica no SUS, concebido pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em 2001. O documento de referência do Canadá foi o Provincial and Territorial Home Care Programs: a Synthesis for Canadá (Lemasson, Donovan & Wylye, 1999), concebido durante a realização de uma Conferência Nacional sobre Assistência Domiciliar (National Conference on Home Care) em 1998.

Para proceder à análise comparada, foram definidos os seguintes descritores, considerados homogeneizadores entre as duas propostas: definição, legislação, serviços e provedores, elegibilidade, organização e administração, financiamento, mecanismos de avaliação e gerenciamento de casos.

Para situar as particularidades sociossanitárias básicas dos dois países, apresenta-se o quadro 1 com indicadores básicos.

Os diferentes nomes para o cuidado no domicílio

Foi identificada na literatura uma variedade de termos para designar o cuidado no domicílio: *assistência domiciliar* (predominante), *atenção domiciliaria*, *atenção médica domiciliaria*, *internação domiciliar*, *hospitalização domiciliar*, e *Home Care*. Para Bellido (1998), esta polissemia deriva das dificuldades históricas de expressar claramente as características dessa modalidade assistencial, diferenciando-a das outras formas de assistência.

Atenção domiciliaria é definida por Carletti e Rejani (*apud* Duarte & Diogo, 2000) como “o serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente temporária e interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia”.

A definição para *atenção médica domiciliaria* pode ser encontrada no contexto cubano como *uma perspectiva completamente nova para pacientes afetados por uma enfermidade cujo diagnóstico, tratamento e reabilitação não os obrigam a permanecer no hospital, porém necessitam de repouso no lar, ou aqueles que têm alta prevalência do hospital* (Navarro *et al.*, 1993). Ficando, portanto, nessa definição, que se trata de uma continuidade da assistência hospitalar.

Quadro 1

Indicadores sociossanitários, Brasil-Canadá, 1994 – 2002.

Indicadores	Brasil	Canadá
População	172 milhões ¹	31 milhões ³
Perfil etário	54%: 20 a 64 anos ¹ 5,8% >65 anos ¹	61%: 20 - 64 anos ⁴ 12 % > 65 anos ⁴
IDH	79º lugar ²	1º lugar – entre 1994 e 1997 ⁴
Mortalidade infantil	36,1/1.000 ²	6/1000 ⁴
Modelo de gestão	Descentralizado ²	Descentralizado ³
Financiamento	Mix público-privado;	Predomina o financiamento
Sistema de Saúde	sistema privado concorre com o público ²	público; segmento privado é complementar e não-concorrente ³

Fontes: ¹ IBGE, 2002; ² Brasil, 2002b; ³ Brasil, 2000b; ⁴ Opas, 1998; ⁵ Geocities, 2000.

Duarte & Diogo (2000) também apresentam o conceito de *assistência domiciliária* como aquela que *compreende as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional no local de residência do paciente*. Engloba visitas programadas em que determinados procedimentos, geralmente de maior complexidade, são realizados pelos elementos da equipe. A periodicidade das visitas depende da complexidade assistencial requerida. Conta-se também com o cuidador como responsável pelo cuidado do idoso no contexto domiciliar.

Ainda segundo a autora, *internação domiciliária* pode ser definida como a *instalação de um mini-hospital domiciliário*. Representa (...) uma opção segura e eficiente para o atendimento a determinados tipos de pacientes que, mesmo após a estabilização do quadro clínico, continuam a requerer cuidados especializados de um profissional de saúde no seu dia-a-dia (id. *ibid.*).

A *Hospitalização a Domicílio* é uma alternativa assistencial da área de saúde que consiste em um modelo organizativo capaz de prover um conjunto de atenções e cuidados médicos e de enfermagem aos pacientes em seu domicílio, com as mesmas características da assistência hospitalar, tanto em qualidade como em quantidade, quando aqueles já não precisam da infra-estrutura hospitalar, porém necessitam de vigilância ativa e assistência completa (Bellido, 1998). Embora essa definição vincule a AD à assistência hospitalar, pode-se considerá-la a mais abrangente para a assistência no âmbito domiciliar.

Com relação ao termo *Home Care*, Mendes Júnior (2000) considera que este pode ser traduzido por *assistência domiciliar à saúde*.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição, no Rio Grande do Sul, além de adotar alguns dos conceitos já referidos, trabalha também com as seguintes definições (Lopes *et al.*, 1998): *atendimento domiciliar* – atendimento prestado no domicílio, preferencialmente pelo médico do paciente ou plantonista, para pacientes agudos que estejam impossibilitados de comparecer à unidade; *acompanhamento domiciliar* – é um atendimento mais específico a pacientes que necessitam contatos freqüentes e programáveis com os profissionais da equipe. Incluem-se nesta segunda modalidade os seguintes casos: paciente portador de doença crônica que apresente dependência física; pacientes em fase terminal; pacientes idosos, com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos.

Antecedentes históricos

Para uma breve incursão na história da Assistência Domiciliar, uma referência básica são os trabalhos de Ramallo & Tamayo (1998) que abrangem os âmbitos da América do Norte e Europa. Como relatam os autores, a primeira unidade de Assistência Domiciliar surgiu nos Estados Unidos em 1947 e teve como motivações iniciais descongestionar o hospital e proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente psicológico mais favorável. A partir de então, as experiências deste tipo multiplicaram-se na América do Norte e Europa. Nos EUA, dados de 1999 revelam que existiam 20.215 organizações, cobrindo mais de oito milhões de pacientes por ano (National Association for Home Care, 2000).

No Canadá, os serviços de AD, orientados para a alta precoce de pacientes cirúrgicos, funcionam desde os anos 60. Posteriormente, em 1987, desenvolveu-se uma experiência piloto em três hospitais da área de Montreal para o atendimento a pacientes clínicos agudos, com especial atenção para a administração e controle de antibióticos parenterais no domicílio. A origem desses serviços no país é atribuída a três freiras que ao chegarem da França em 1604, para prestar serviços de enfermagem à população que se formava em torno da nova colônia, abriram um hospital e começaram a oferecer alguns cuidados a pessoas doentes nas suas próprias casas (Ribeiro, 1999).

Na Europa, como informam Ramallo & Tamayo (1998), a primeira experiência formal aconteceu em Paris, França, onde, em 1957, se criou o *Santé Service*, que ainda hoje presta assistência sociosanitária a pacientes crônicos e terminais. Na Espanha, a primeira unidade de Assistência Domiciliar foi criada em 1981, e nos anos seguintes surgiram iniciativas similares em diversos hospitais. Segundo os autores, existem aproximadamente 40 unidades ativas atualmente. O desenvolvimento dessa modalidade naquele país tem se dado, por um lado, a partir da demanda dos usuários do Sistema Público de Saúde por uma atenção de qualidade mais humanizada e, por outro, a partir da iniciativa dos gestores que, diante da escalada dos custos e considerando que os recursos destinados à saúde são limitados, buscam racionalizar os seus gastos sem comprometer a qualidade da assistência prestada.

No Brasil, provavelmente a primeira experiência de abordagem domiciliar teria sido a

desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – Samdu, criado em 1949, ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho, tendo sido incorporado pelo INPS em 1967 (Mendes Júnior, 2000). Outra experiência relatada por Silva (2001), refere-se à Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990, que desenvolvia, entre outras atividades: oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; a borda integral da família; visita domiciliar, realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento para atividades de promoção, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco; e vigilância sanitária. Entre as atividades dos visitadores sanitários, destacam-se as visitas domiciliares a puerperas e recém-nascidos.

A implantação da AD no Brasil como uma atividade planejada se iniciou pelo setor público, com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963. Entretanto a sua expansão vem se dando por meio do setor privado, que, segundo Mendes Júnior, em 2000 contava com cerca de 150 empresas conhecidas como serviços domiciliares (Mendes Júnior, 2000). No setor público, as demais experiências existentes são incipientes e resultam de iniciativas de um ou outro gestor ou de grupos de profissionais de um hospital.

O documento “1997, o Ano da Saúde no Brasil, Ações e Metas Prioritárias”, lançado em março de 1997 pelo governo brasileiro, propõe a ampliação da internação domiciliar para outros pacientes, como idosos, diabéticos e hipertensos, pois até aquele momento, segundo o referido documento, esse tipo de atendimento se limitava aos casos de Aids e de psiquiatria. (Brasil, 1997).

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou portaria GM/MS nº 2.416, de 26 de março, que estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, incluindo novas patologias para esta modalidade de atenção (Brasil, 1998). Vale ressaltar que essa internação domiciliar tem sido realizada pela própria equipe de profissionais do hospital e se dá na sequência da internação hospitalar.

Recentemente foi promulgada a lei nº 10.424, de 16 de abril de 2002, que acrescenta à Lei Orgânica da Saúde o atendimento à internação domiciliar no SUS (Brasil, 2002c). O texto não explicita em que consistiria o atendi-

mento ou a internação domiciliar, o que sugere a necessidade de uma regulamentação específica do tema por parte do Ministério da Saúde.

Coincidemente, também em 16 de abril de 2002, foi publicada no *DOU* a portaria SAS/MS nº 249, estabelecendo a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. No entanto, esta regulamentação também vincula a AD à área hospitalar. O artigo 2º desta portaria estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde adotem as providências necessárias à articulação dos Centros de Referência Cadastrados com a Rede de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família (Brasil, 2002d). Esta é a primeira iniciativa, no tocante à assistência domiciliar, de aproximação entre a área de assistência de média e alta complexidade e a atenção básica.

Assistência domiciliar: um paralelo entre a proposta brasileira e o modelo canadense

No quadro 2 são apresentadas as características das propostas brasileira e canadense, tendo como referência os descriptores antes mencionados.

Os aspectos mais convergentes entre as duas propostas dizem respeito aos tópicos de legislação e elegibilidade. Com relação à legislação, tanto na realidade brasileira quanto na canadense, a lei que regulamenta a AD não faz parte do projeto original do sistema de saúde. As duas são colocadas como um componente complementar. No caso brasileiro, a lei em vigor foi de iniciativa do legislativo e não teve articulação com o Ministério da Saúde, embora o relatório do projeto dessa lei, em 1999, pudesse sugerir o contrário: *A lei virá ao encontro oportunamente de implementação, no país, das Ações do Programa de Saúde da Família, hoje em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde e com grande aceitação pela população*.

Embora o projeto de lei fizesse referência às ações do Programa Saúde da Família, a remuneração disponibilizada na época pelo ministério restava ligada aos hospitais. Esta lei, que subdividiu a AD em atendimento e internação domiciliar, não define, entretanto, o que caracteriza cada um deles.

Já a legislação canadense, apesar de colocar a assistência domiciliar como uma “extensão dos serviços de saúde”, não assegura a sua ofer-

Quadro 2

Assistência Domiciliar: um paralelo entre a proposta do Brasil e o modelo do Canadá.

Proposta brasileira**Modelo canadense****Definição**

Conjunto de ações integradas, sistematizadas, articuladas e regulares desenvolvidas pela equipe de saúde no domicílio, com o objetivo de promover e/ou restabelecer a saúde de pessoas em seu contexto socioeconômico, cultural e familiar. Incluem a visita domiciliar, a consulta de profissional de nível superior no domicílio, a identificação do cuidador, o planejamento, a realização de procedimentos e o acompanhamento sistemático à família como atividades principais.

A assistência domiciliar abrange uma gama de serviços que permitem aos clientes parcial ou totalmente incapacitados viverem em seu próprio lar, freqüentemente com a vantagem de prevenir, retardar ou substituir por assistência em longo prazo ou assistência alternativa intensiva.

Legislação

Lei nº 10.424 de 16/04/2002, que acrescenta à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) o atendimento e a internação domiciliar no SUS.

A assistência domiciliar está incluída na Lei Canadense da Saúde (Canada Health Act), de âmbito federal, como sendo uma “extensão do serviço de saúde”.

Serviços e Provedores

Na proposta não estão explicitados os serviços disponibilizados e quais serão os provedores. No item provedores subentende-se que será o município.

Ambos os serviços de assistência domiciliar – intenso e prolongado – existem em todas as províncias. Todas as províncias oferecem uma série de serviços básicos similares: avaliação de cliente; coordenação e gerenciamento de casos; serviços de enfermagem; e auxílio domiciliar, incluindo assistência personalizada, tarefas domésticas, etc.

Elegibilidade

Critérios para inclusão:

Pactuação com a família e/ou usuário;
Existência do cuidador com condições de realizar as atividades pactuadas entre a equipe e a família;
Existência de infra-estrutura física do domicílio para a modalidade da assistência domiciliar;
Condição clínica do usuário;
Moradia na área de abrangência da Unidade de Saúde;
Garantia da referência ambulatorial especializada e hospitalar.

Critérios básicos de elegibilidade (comuns entre províncias e territórios):

Residência na província e/ou Canadá;
Levantamento completo das necessidades antes que qualquer serviço seja oferecido;
O atendimento é uma resposta às necessidades não-atendidas (i.e. na casa não se pode obter ajuda suficiente da família e dos amigos);
Condições adequadas do domicílio para a prestação dos serviços domiciliares;
Consentimento do cliente ou de seu representante legal.

Organização e administração

A organização da assistência domiciliar na Atenção Básica deve prever instrumentos que sistematizem os serviços prestados na lógica da hierarquização, resolutividade e continuidade da atenção.

A AD deve ter uma diretriz adstrita a um território de atuação determinado e estar inserida na política social do município. O encaminhamento do usuário para o hospital, sempre que possível, deve ser acompanhado por um profissional da Atenção Básica. É importante estabelecer um fluxo para marcação de consultas especializadas e encaminhamento para exames especiais.

Os ministérios ou departamentos de saúde e/ou serviço social/comunitário controlam os orçamentos e níveis de doações da assistência domiciliar em todas as jurisdições.

A maioria das províncias tem delegado a responsabilidade da distribuição dos recursos e da prestação de serviços às autoridades locais ou regionais. Mas, na maioria dos casos, os departamentos estabelecem políticas e normas para a prestação do serviço regional, retratando as necessidades e monitorando os resultados.

(continua)

Quadro 2 (continuação)

Proposta brasileira	Modelo canadense
Financiamento Não existe financiamento do nível federal específico para a AD. Propõe-se que esta atividade faça parte do elenco de atividades da atenção básica, que é financiada por recursos oriundos da União, alguns Estados e municípios.	O governo federal inclui apoio financeiro para a assistência domiciliar como parte dos pagamentos do CHST (Canada Health and Social Transfer) destinados para serviços de assistência à saúde nas províncias e territórios.
Mecanismos de avaliação e gerenciamento de casos Propõe a criação de instrumentos de avaliação capazes de complementar informações importantes como qualidade do atendimento, resolutividade da assistência, número de pessoas assistidas por equipe de saúde, satisfação do usuário, desempenho e satisfação da equipe, entre outros. Não faz referência ao gerenciamento de casos.	A maioria das províncias e territórios tem usado uma ferramenta de avaliação padronizada. Algumas jurisdições acrescentam a avaliação e o planejamento do egresso ao processo inicial de planejamento. Adota a prática de gerenciamento de casos, sem explicitar como se dá sua operacionalização.

ta no sistema público, como o faz com relação à assistência hospitalar e aos serviços médicos. Na realidade, a responsabilidade de prover serviços de assistência domiciliar recai sobre as províncias e territórios, que possuem regime próprio, em resposta às respectivas necessidades de suas comunidades. Das 10 províncias, seis possuem legislação própria para os serviços de assistência domiciliar, enquanto as demais possuem emendas legislativas, leis consultivas ou políticas e normas que regulam a prestação desses serviços.

Apesar da semelhança entre as duas propostas, com relação aos critérios de elegibilidade, chama atenção na experiência canadense a ênfase que é dada ao consentimento da família ou do seu representante legal, refletindo uma relação de atenção e respeito do Estado para com o cidadão, como consequência de um elevado nível de consciência da população com relação aos seus direitos.

Apesar de a proposta brasileira indicar que o consentimento da família e a existência do cuidador são condições para o estabelecimento da AD, isto não é enfatizado nos critérios de elegibilidade, aparecendo neste item apenas como uma pactuação com a família e/ou usuário. Esta diferença pode ter relação com o fato de que o Brasil, diferentemente do Canadá, vive um processo recente de redemocratização e a população ainda tem pouca consciência dos seus direitos. Em contrapartida, chama atenção neste tópico a não referência ao cuidador na proposta canadense. Vale mencionar que no sistema de saúde espanhol este é um elemento fundamental para a realização da AD (Bellido, 1998).

O cuidador é um membro da família, amigo ou pessoa contratada para essa finalidade; em geral, são pessoas com baixa escolaridade, são oriundos de serviços terceirizados para área de limpeza hospitalar e de serviços gerais de clínicas geriátricas, gerontológicas, asilares e outras assimeladas (Duarte, 1993). Outro dado relevante relativo à figura do cuidador é apontado por Marcon *et al.* (1998) em estudo realizado com cuidadores do sexo feminino. Os autores concluem que estes constroem seu próprio referencial com relação ao ato de cuidar, o qual envolve três aspectos predominantes – dimensão afetiva, naturaliza e significado. Este referencial é marcado pela valorização de conhecimentos provenientes do senso comum, pela valorização pessoal do indivíduo doente, e pela noção de que a condução do cuidado ocorre apesar das dificuldades existentes.

No Brasil, foi publicada, em abril de 1999, a portaria interministerial nº 5.153 tendo, entre outros objetivos, o de instaurar o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos a ser coordenado por comissão responsável pelo desenvolvimento do Programa (Brasil, 1999). Esta comissão tinha como tarefa apresentar os procedimentos de operacionalização deste programa no prazo de 60 dias, a contar da data da publicação daquela portaria. Entretanto, até o momento, não se tem conhecimento de nenhum produto dessa comissão.

Por fim, um último critério a destacar com referência à elegibilidade aparece nas duas propostas e diz respeito às condições do domicílio para a realização da AD. Sobre este aspecto, algumas questões merecem uma discussão mais

profunda. De fato é de se esperar que o domicílio reúna umas dadas condições para viabilização da AD. Por outro lado, no caso do Brasil, as condições de moradia da maioria da população tomariam inelegível grande parte da demanda pela assistência domiciliar. Em qualquer caso, a preparação do domicílio para o desenvolvimento da AD implicaria investimento financeiro tanto para o serviço como para a família.

Morales *et al.* (1998), em um estudo realizado em Cuba que investigou a relação custo/benefício da AD, demonstraram que os gastos realizados pela família representaram a maior percentagem dentro dos custos diretos tangíveis desta modalidade de atenção. Gastos ocasionados, em sua maioria, por alimentação adicional. O estudo contemplou um universo de 79 pacientes internados no domicílio (gestantes e menores de um ano).

No tocante à organização e administração, a proposta brasileira coincide com a canadense no entendimento de que competirá aos gestores estaduais e municipais a inserção desta modalidade de atenção na política de saúde local. Esta posição parece a mais adequada a um sistema de saúde descentralizado, em que estados e municípios têm autonomia para a organização da assistência.

As principais diferenças encontradas na comparação entre as duas propostas estão relacionadas com os seguintes tópicos: definição, serviços e provedores, financiamento, acompanhamento e avaliação.

No que diz respeito à definição da AD, a proposta brasileira faz alusão de forma genérica a aspectos promocionais, assistenciais e gerenciais. Deste modo não deixa claro o escopo desta modalidade de atenção. Não há, por exemplo, uma definição precisa da clientela a ser atendida. Com base nos termos apresentados, todos os membros da família seriam atendidos. Este tópico inclui, também de forma imprecisa, referências aos seguintes procedimentos: "planejamento", "conjunto de ações integradas" e "acompanhamento sistemático à família". Sobre o primeiro, caberia esclarecer se faz referência ao planejamento assistencial (plano de cuidados) ou ao planejamento do domicílio para possibilitar a AD. Quanto ao segundo, deveria explicitar se inclui apenas ações de saúde ou também de assistência social e, ainda, se o rol das ações de saúde incorpora estritamente aquelas de cunho assistencial ou se contempla as de caráter preventivo-promocional.

Finalmente, sobre o acompanhamento sistemático à família, também caberia indagar se este seria restrito a situações concretas de adoecimento no domicílio ou envolveria controle de riscos. Além disso, se o acompanhamento refere-se de fato à família ou apenas ao usuário da AD. Todas estas questões parecem indicar a necessidade de se distinguir uma proposta de assistência domiciliar de uma abordagem mais ampla que se inscreveria no contexto de uma atenção domiciliar.

Tomando por base a definição adotada por Duarte & Diogo (2000), anteriormente citada, se o projeto brasileiro adota a terminologia Assistência Domiciliar isto implica considerar como condições imprescindíveis para realização da AD a existência do "doente" e do cuidador. Os autores consideram que estes dois requisitos marcam a diferença fundamental entre os conceitos de atenção e assistência, e que esta última envolve necessariamente a realização de procedimentos.

O documento canadense, por sua vez, traz uma definição objetiva da AD, possibilitando o entendimento quanto à seleção de clientela, ou seja, existe um limite da idade, restringindo o atendimento a "clients parcial ou totalmente incapacitados". Na definição geral, existe também uma preocupação em explicitar outros aspectos como, por exemplo, organização e tipos de provedor, conteúdo da assistência, elegibilidade e a própria concepção subjacente de saúde. Por outro lado, a pesar de a definição adotada ter abrangência nacional, todas as províncias e territórios têm desenvolvido definições específicas para seus programas de assistência domiciliar, que geralmente fazem uma combinação de serviços de auxílio social e de saúde.

A imprecisão relativa à abrangência da AD na proposta brasileira é refletida no tópico referente aos serviços que serão disponibilizados para a assistência domiciliar e quem serão os provedores. O documento indica apenas a equipe que prestará a assistência, ou seja, a equipe do PSF. Quanto aos provedores, embora não esteja explicitado, entende-se que este papel caberá aos municípios, uma vez que no atual sistema de saúde brasileiro a execução da Atenção Básica é de competência dos municípios. De qualquer modo, seria importante explicitar na proposta a quem cabe esta responsabilidade.

Na experiência canadense, o provimento dos serviços públicos de assistência domiciliarifica a critério das províncias e territórios. A res-

ponsabilidade sobre esse atendimento fica sob a jurisdição dos Departamentos/Ministérios da Saúde, sendo que em alguns locais essa responsabilidade é dividida com serviços sociais ou comunitários. Existem diferentes modelos, que aparecem como representantes dos programas de assistência domiciliar nas províncias e territórios. Esses modelos de prestação de serviços refletem uma combinação diversa de funcionários do setor público e privado na prestação de serviços com financiamento público.

Com relação ao financiamento, no Canadá, no período de 1977 a 1996, houve transferência direta de recursos financeiros com base *per capita* às províncias e territórios para serviços de assistência à saúde prolongados, nos quais se inclui a Assistência Domiciliar. Entretanto, nesses últimos anos, o ponto principal do mecanismo de financiamento federal tem sido a ajuda para os usuários dos serviços de AD, por meio de créditos tributários e deduções no imposto de renda.

As províncias têm investido no setor de atendimento domiciliar apesar das restrições governamentais e fiscais em anos recentes. Os dados da Health Canada mostram que os gastos públicos com atendimento domiciliar, no país, mais que dobraram nos últimos sete anos. A taxa média de crescimento anual dos gastos tem sido de quase 11% (Lemasson, Donovan & Wylie, 1999).

Na proposta brasileira, não existe previsão de financiamento específico para a AD, indica-se apenas que os materiais e equipamentos necessários devem ser garantidos pela gestão municipal.

Com relação à avaliação, cabe informar que os indicadores de processo e de resultados da proposta brasileira foram testados por duas equipes de saúde da família que referiram dificuldades em usar e expressar os resultados obtidos, com destaque para o seguinte problema: o cálculo do número de Visitas Domiciliares (VD) dos Auxiliares e dos ACS foi subdimensionado, uma vez que o denominador corresponde ao número total de famílias e não ao de pessoas atendidas (Brasil, 2001b).

Quanto ao gerenciamento de casos, embora a proposta brasileira não faça menção a esta estratégia, as equipes que testaram o documento do MS adotaram esta prática, destinando um membro da equipe como referência para a família (Brasil, 2001b).

No Canadá, a maioria das províncias e territórios está tendendo ao desenvolvimento e

uso de mecanismos padronizados de verificação para atendimento domiciliar. Além disso, estão trabalhando para melhor integrar as funções de avaliação e gerenciamento de casos e responder à complexidade das necessidades contínuas de atendimento todos os clientes.

Por fim, convém destacar alguns elementos considerados relevantes, não contemplados em nenhuma das propostas, como: treinamento e capacitação da equipe, sistema de informação e quantidade de usuário por equipe de AD.

Partindo do reconhecimento de que a assistência domiciliar apresenta especificidades organizacionais e técnicas, considera-se pertinente a inclusão em uma proposta de AD de um componente relativo ao treinamento e capacitação para os profissionais responsáveis pela operacionalização dos procedimentos. Anogrami & Gomes (1996), ao referir-se, por exemplo, à formação do enfermeiro, apontam que, tradicionalmente, esta não inclui o preparo para essa modalidade de atenção, que se mostra relevante frente à expansão do mercado.

Com relação ao Sistema de Informação, não se trata de sugerir a implantação de mais um sistema que, ao menos no caso brasileiro, iria contribuir para incrementar a fragmentação neste setor: o que se pretende é assinalar a necessidade de indicar mecanismos de produção e monitoramento de dados e informações que subsidiem o acompanhamento e a avaliação da AD. Convém informar que, embora este tópico não seja referido na proposta brasileira, o procedimento Assistência Domiciliar foi incluído, pelo Departamento de Atenção Básica, no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

O último ponto a destacar, entre os aspectos que não foram contemplados pela matriz de análise adotada, diz respeito ao quantitativo de usuário por equipe de AD. A proposta brasileira tem como parâmetro a média de três usuários de AD para cada 1.000 habitantes. Esta média foi encontrada na Assistência Domiciliar da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, nos anos de 1998 e 2001.

Considerando que uma equipe mínima de PSF atende entre 2.400 a 4.500 pessoas, a cada equipe caberia atender em média 14 usuários em AD. Para facilitar o planejamento dessas visitas, a proposta sugere como parâmetro para os enfermeiros, cirurgiões-dentista e médicos, a proporção de 1:14 usuários, podendo realizar uma visita a cada dois meses. Para o auxiliar de enfermagem, a proporção passa a ser de 1:7

usuários, podem realizar uma visita a cada mês. Um complicador na definição destes parâmetros, particularmente no contexto do PSF, é o fato de que a atenção domiciliar convive com uma série de outras atividades levadas a cabo pelas equipes.

Subsídios à proposta brasileira

Com base na análise empreendida e levando em consideração aspectos conceituais, operacionais e conjunturais relacionados com a assistência domiciliar, este último tópico integra recomendações à proposta brasileira com reflexões que problematizam a viabilidade de sua implantação no Brasil. No encerramento das recomendações destaca-se:

- 1) Estabelecer mecanismos que assegurem o financiamento da AD.
- 2) Acrescentar nos critérios de elegibilidade o consentimento formal da família ou do seu representante legal do usuário em AD, sem excluir a pontuação com a família.
- 3) Precisar elementos-chave para operacionalização da AD e que ficaram vagos na proposta. A saber: dientela a ser atendida, planejamento, conjunto de ações integradas, acompanhamento sistemático à família. Com relação ao tópico clientela, vale mencionar que no âmbito do PSF a AD foi pensada para atender usuários com restrição do movimento (“doentes”) no domicílio.
- 4) Com relação aos cuidadores, estes podem ser definidos como membros da família, amigos ou pessoas próximas que, sem (ou com) formação profissional específica na área de saúde, assistem as pessoas sob suas responsabilidades, prestando-lhes, da melhor forma possível, os cuidados básicos que lhe são indispensáveis. Neste sentido, a função do cuidador não conformaria uma profissão. Recomenda-se ainda que este cuidador seja orientado pela equipe de saúde nas tarefas a serem realizadas no domicílio.
- 5) Sobre o provedor da AD, considera-se que esta atribuição deveria ser da instância gestora municipal. Recomenda-se, contudo, que esta questão seja debatida e aprofundada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).
- 6) Rever a fórmula dos indicadores de avaliação da AD, adequando-a à natureza da atividade e da clientela atendida (aspectos quantitati-

vos e qualitativos). Para subsidiar a avaliação deve-se acrescentar no sistema de informação de referência para a AD indicadores como: idade do usuário em AD (faixa etária), modalidade de AD (tipo 1 ou tipo 2), tempo de permanência e diagnóstico. Quanto ao acompanhamento, este seria beneficiado com a inclusão na proposta brasileira do gerenciamento de caso, por meio do qual, um membro da equipe seja referência para a família.

- 7) Desenvolver um programa de capacitação específico para os profissionais que irão trabalhar na assistência domiciliar. Sobre este ponto, seria oportuno discutir com representantes das instâncias formadoras, especialmente das escolas médicas e de enfermagem a oportunidade de inclusão deste tema na grade curricular dos respectivos cursos.

Atendo-se agora na análise de viabilidade da proposta, uma primeira questão indica a necessidade de equacionar critérios técnicos com disponibilidade de recursos. A proposta contém duas modalidades de assistência de acordo com o maior ou menor grau de comprometimento do quadro do paciente, considerando critérios clínicos, sociais e epidemiológicos. Apesar de prever que a periodicidade das visitas domiciliares dos diferentes profissionais seja estabelecida conforme a necessidade de cada caso, indica como parâmetro, como já foi relatado, a visita do médico e do enfermeiro uma vez a cada dois meses. Este parâmetro seria insuficiente para uma assistência adequada no caso de pacientes que demandam a AD tipo 2, que inclui doença em processo agudo ou patologia crônica descompensada. Nesses casos, a periodicidade sugerida, além de implicar sobrecarga para a família, pode oferecer um maior risco para o paciente. Com base neste argumento, seria recomendável rever o parâmetro indicado, considerando que a periodicidade de visitas depende não só do quadro clínico do paciente, mas, em muitos casos, da necessidade da família.

Por outro lado, convém mencionar que a proposta prevê a visita da auxiliar de enfermagem. Se levarmos em consideração que 72,8% das equipes de PSF possuem apenas uma auxiliar de enfermagem (Brasil, 2002e), pode-se perguntar: quem atenderá à demanda na Unidade Básica (ou especificamente na Unidade de Saúde da Família) enquanto o auxiliar de enfermagem esteja inserido nas visitas vinculadas a AD.

Avançando um pouco nesta discussão que envolve a capitalização entre a AD e demais atividades ou atribuições dos profissionais no

âmbito da unidade básica, é interessante problematizar sobre a disponibilidade de horas dos profissionais da equipe para prestar a assistência pretendida no domicílio. A discussão sobre este ponto deve incluir, por exemplo, os parâmetros para consultas e procedimentos médicos propostos no processo de elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Atenção Básica.

E finalmente, se a internação domiciliar, identificada como um dos termos correlatos à assistência domiciliar, significa para alguns autores (Duarte & Diogo, 2000; Monteiro *apud* Duarte & Diogo, 2000) oferecer ao usuário a estrutura hospitalar adequada no domicílio, pode-se perguntar: o Sistema Único de Saúde teria condições de disponibilizar recursos humanos, equipamentos e materiais para a realização desta modalidade de atenção na residência do usuário, seja ela vinculada ao hospital ou a atenção básica? Este questionamento não visa expressar uma posição pessimista quanto às

perspectivas de implantação e implementação da assistência domiciliar no Brasil. Na realidade, ele é trazido para lembrar que em um contexto de recursos escassos, diferentes projetos competem no âmbito das políticas públicas e há que estar atento para aspectos estratégicos como: o processo de definição de prioridades, base de apoio institucional e social, inserção nas agendas de governo.

Por outro lado, cabe destacaar a emergência de investir-se na normatização e operacionalização da assistência domiciliar no âmbito da atenção básica; mesmo reconhecendo que na literatura a AD apresenta-se fortemente vinculada ao âmbito hospitalar. Sobretudo, se levarmos em consideração o fato de que esta modalidade de atenção já está prevista no Programa de Saúde da Família. Neste sentido, a proposta analisada representa um passo importante nessa direção. Sua implantação, entretanto, deve levar em conta as limitações identificadas e os desafios político-institucionais apontados.

Colaboradores

TCMSB Reh em conduziu a pesquisa, redigiu a versão preliminar do artigo enviado e participou do processo de revisão. LAB Trad оrientou o desenvolvimento da pesquisa, sugeriu a concepção geral e revisou a versão final do artigo.

Referências bibliográficas

An gerami ELS & Gomes DLS 1996. Análise da formação do enfermeiro para a assistência de enfermagem no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 4(2):5-22.

Bellido JM 1998. Que es la hospitalización a domicilio, pp. 23-28. In MDD Glez (coord.). *Hospitalización a domicilio*. Hoechst Marion Roussel, Espanha.

Brasil 1997. *1997: o ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil 1998. Portaria n. 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. *Diário Oficial da União* n. 58. Ministério da Saúde, Brasília, 26 de março.

Brasil 1999. Portaria interministerial nº 5.153 de 7 de abril de 1999. Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. *Diário Oficial da União* n. 66. Ministério da Previdência e Assistência Social, Brasília, 8 de abril.

Brasil 2000a. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Milton Menezes da Costa Neto (org.). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília.

Brasil 2000b. *O sistema de saúde do Canadá: aspectos atuais*. Material utilizado em palestra. Ministério da Saúde, Brasília. (Mimeo).

Brasil 2001a. *Diretrizes para Assistência Domiciliar na Atenção Básica/SUS: 13ª versão*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (Mimeo).

Brasil 2001b. *Relatório de Avaliação do Projeto Piloto de Assistência Domiciliar*. Vitória da Conquista/BA. Ministério da Saúde, Brasília. (Mimeo).

Brasil 2002a. *Projeto de internação domiciliar. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição*. Material utilizado em palestra. Ministério da Saúde, Brasília. (Mimeo).

Brasil 2002b. *O sistema de saúde brasileiro In Seminário Internacional* Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil 2002c. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* n. 72. Brasília, 16 de abril.

Brasil 2002d. Portaria nº 249 de 12 de abril de 2002. Aprova as Normas para Cadastro em to de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. *Diário Oficial da União* nº 72. Ministério da Saúde de Brasília, 16 de abril.

Brasil 2002e. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório de Gestão, 1998-2002*. Ministério da Saúde, Brasília. (Mimeo).

Duarte MJRS 1993. Cuidadores? Por que e para quê? Atenção ao idoso no domicílio. *Revista Enfermagem* Edição Extra: 126-130.

Duarte YAO & Diogo MJd'E 2000. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. Atheneu, São Paulo.

GeoCities 2002. *Dados sobre o Canadá*. Disponível em <<http://geocities.yahoo.com.br/canadahp/inf.htm>>. Acesso em 2 fev. 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2002. *Censos Demográficos e Contagem Populacional*. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 2 jan. 2002.

Lemasson MD, Donovan C & Wylie M 1999. *Provincial and territorial-home care programs: a synthesis for Canada*. Minister of Public Works and Government Services, Canadá.

Lopes JMC & Oliveira MBH 1998. Assistência domiciliar: uma proposta de organização: momente perspectivas em saúde. *Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição* 11(1):63-69.

Macron SS, Andrade OG & Silva DMPS 1998. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem* 7(2):268-288.

Mendes EVO 2001. *Dilema fragm entado ou integração dos sistemas de serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde: os grandes dilemas do SUS*. Casa da Qualidade, Salvador.

Mendes Júnior WV 2000. *Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil*. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Morales NM, Canegas LJ & Diaz JHT 1998. Costos y beneficios del ingreso en el hogar. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 14(5):445-419.

National Association for Home Care 2000. *Basic statistics about home care*. Disponível em <<http://www.nach.org/consumer/hcstats.html>>. Acesso em 7 abr. 2000.

Navarro FP, Izquierdo DM, Salej MG & Portilla MCB 1993. El ingreso en el hogar, análisis de un año de trabajo. *Revista Cubana Enfermería* 9(2):81-86.

Organización Panamericana de la Salud (OPAS) 1998. *La salud en las Américas*. Washington, D.C.

Ramallo VJG & Tamayo MIP 1998. Historia de la hospitalización a domicilio, pp. 13-22. In MDD Glez (coord.). *Hospitalización a domicilio*. Hoechst Marion Roussel, Espanha.

Ribeiro ESV 1999. O domicílio como espaço de enfermagem: a experiência da enfermagem canadense, pp. 133-141. *Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar ação terapêutica da enfermagem*. Salvador.

Silva JA 2001. *O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente da comunidade?* Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Torre IS, Vergel LLH & Brito MER 1998. Ventajadel ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 14(5):494-498.