

O ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE*

DOMICILIARY HEALTHCARE AND PUBLIC HEALTH POLICIES

EL CUIDADO DOMICILIAR Y LAS POLITICAS PÚBLICAS EN LA SALUD

SORIANE KIESKI MARTINS¹

MARIA RIBEIRO LACERDA²

O texto tem como objetivo refletir sobre as políticas públicas em saúde brasileiras e a sua inter-relação com o atendimento domiciliar à saúde no intuito de subsidiar ações dos profissionais. As mudanças no sistema de saúde têm permeado esse processo na tentativa de estabelecer princípios organizativos e operacionais, tais como redirecionamento do modelo de atenção baseado na epidemiologia, descentralização e regionalização, alicerçado na atenção básica de saúde. A reflexão aponta que há lacunas entre as políticas de saúde pública e o atendimento domiciliar à saúde que precisam ser ponderadas para que as necessidades de saúde da população sejam atendidas, havendo necessidades de envolvimento e intervenções dos gestores e também dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à saúde; Serviços de assistência domiciliar; Políticas públicas de saúde.

The aim of the research is to show a reflexion on Brazilian public health policies and their interrelation with home health care, with the aim of providing support to the actions undertaken by health professionals. The changes in the health system have permeated this process in an attempt of establishing organizational and operational principles, such as reorienting the care model based on epidemiology, decentralization and regionalization, centred on basic health care. The reflection indicates that there are gaps between public health policies and home health care which need to be considered in order to help the population meet their health needs. There is surely a necessity of involvement and interventions from both health service managers and health professionals.

KEYWORDS: Health care; Home care services; Health public policies.

El objetivo del texto es reflexionar sobre las políticas públicas en la salud brasileña y su interrelación con el cuidado domiciliar de la salud, con intención de subvencionar acciones de los profesionales. Los cambios en el sistema de salud han incorporado este proceso en el intento de establecer principios organizados y operacionales, como redirección del modelo de la atención basado en la epidemiología, descentralización y regionalización, fundamentado en la atención básica de la salud. La reflexión registra que hay lagunas entre los órdenes públicos de salud y el cuidado médico casero que necesitan ser ponderados para que las necesidades de salud de la población sean atendidas habiendo necesidad de comprometimiento e intervención de los encargados y también de los profesionales de salud.

PALABRAS CLAVES: Atención a la salud; Servicios de atención de salud a domicilio; Políticas públicas de salud.

* Extrato da Dissertação de Mestrado: Diretrizes para o atendimento à saúde domiciliar: contribuições da enfermeira, defendida em dezembro de 2006 na UFPR no programa de Mestrado em Enfermagem.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Especialista em Saúde Coletiva e Projetos Assistenciais de Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE/UFPR). Endereço do autor: Avenida Monsenhor Ivo Zanlorenzi, 851 s.6, Campina do Siqueira, 80740-590 – Curitiba – Paraná – E-mail- sorianekm@terra.com.br

² Enfermeira. Doutor em Filosofia de Enfermagem Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Coordenadora do NEPECHE/UFPR.

INTRODUÇÃO

O País tem passado, nos últimos anos, por transformações e reformulações das políticas de saúde por meio da modificação do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, uniaxial, baseado somente no olhar biológico e curativo, que ao se coadunar com o avanço das tecnologias em saúde, traz como consequência uma assistência à saúde onerosa para a nação.

Essas mudanças no sistema de saúde têm se interposto no processo de reforma sanitária na tentativa de estabelecer princípios organizativos e operacionais, tais como redirecionamento do modelo de atenção baseado na epidemiologia, descentralização e regionalização, ou seja, um modelo multicausal e integral, no campo preventivo, em promoção da saúde, alicerçado na atenção básica de saúde.¹

Essa configuração de modelo de atenção à saúde tem como ênfase o aspecto social e, mais recentemente, a atenção à família, considerando-se o território, o estilo de vida, a promoção da saúde e seus fundamentos. Assim, muitos indivíduos recebem alta do hospital e vão para casa, com o objetivo de restabelecer-se junto a sua família. No entanto, a lógica embutida nessa estratégia de atendimento, além do reconhecimento de outras necessidades, também inclui a diminuição de gastos públicos com a hospitalização, sendo este um local exclusivo para eventos agudos; assim, os casos não agudos serão destinados a pontos de atenção à saúde extra-hospitalares¹.

Na tentativa de suprir necessidades de atendimento à saúde vivenciadas no País, entre elas o crescente aumento dos atendimentos à população idosa, a portadores de doenças crônicas degenerativas e seqüelas provenientes de doenças ou acidentes, a busca das pessoas por assistência à saúde alicerçada na tecnologia, a mudança do foco curativo para um enfoque na integralidade do ser humano, a intensificação da prevenção de doenças, a promoção da saúde e a necessidade de redução de custos, pondera-se a inserção de novas alternativas de assistência, como o atendimento domiciliar à saúde e, nessa perspectiva, torna-se importante os serviços se readequarem para agregar esse modelo.

No Brasil, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) procura viabilizar o acesso ao atendimento à saúde,

embasada em princípios como: a descentralização, estratégia que possibilita o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais e permite maior controle e acompanhamento das ações; a regionalização e a hierarquização que permitem conhecimento maior dos problemas de saúde da população de área delimitada e favorecem a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade; a resolutividade, ou seja, a capacidade do serviço de enfrentar um problema de saúde coletiva ou individual e resolvê-lo até o nível de sua complexidade; a participação social e por fim a complementaridade do setor privado, que ocorre quando, por insuficiência do setor público, há necessidade de contratação de serviços privados².

Existem ainda normas e leis para funcionamento do Sistema Único de Saúde, que preconizam o levantamento dos problemas de saúde da população e o planejamento de ações coletivas ou individuais, e exigem assim organização nos diversos níveis de atenção. Dessa forma e com base nos princípios, os gestores do SUS, progressivamente, percebem a necessidade de implementar estratégias como formas de atender ou suprimir os problemas identificados na saúde da população.

Em virtude disso e com a organização dos serviços, o atendimento domiciliar à saúde é passo importante a ser dado, pois pode gerar contribuições para a diminuição da sobrecarga existente na rede básica – principalmente no hospital – e, como consequência, aumento na eficiência e na eficácia do atendimento à saúde da população.

Diante deste cenário de saúde da população, este artigo tem como objetivos refletir sobre as políticas públicas em saúde brasileiras e a sua (inter)relação com o atendimento domiciliar à saúde, no intuito de subsidiar ações dos profissionais e lançar um olhar de valor ao ser humano, cooperando com o desenvolvimento de ações coletivas e atitudes que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

A consideração dos aspectos políticos, sociais e humanistas sustentam esta reflexão. Na perspectiva política acredita-se que as demandas procuram suprir as necessidades de cuidado à saúde da população buscando a qualidade de vida dos indivíduos, já que sua prática tem se configura-

do como o gerenciamento da produção de saúde, cujo objeto é a doença. É necessário, no entanto, uma consciência para além disto, e também respeitar a relação entre doença, saúde e cuidado. Esta suposição se apresenta claramente no atendimento domiciliar à saúde. Quando se convive com as relações da doença do membro de uma família, trabalha-se o contexto do domicílio, as relações entre os indivíduos e seu meio ambiente e a estrutura física e esses aspectos levam a perceber os atos, fatos e conseqüências desta situação de cuidado.

Em relação ao aspecto social há o desenvolvimento de necessidades que considerem o cuidado à saúde numa dimensão que transcenda a biológica, situando-se na vivência dos indivíduos, sendo que estes devem ser percebidos como um corpo social em suas múltiplas relações de vida. O atendimento domiciliar à saúde demanda este fundamento, pois cuidar nas residências das pessoas é considerar muito mais do que o doente que está no seu lar, é considerar o cuidador, a rede social de apoio e o contexto da casa.

A ponderação humanista considera que o ser humano é afetado pelas esferas sociais e políticas, mas deve ser percebido como único em suas múltiplas dimensões e que, ao vivenciar o atendimento domiciliar à saúde, transforma o espaço privado de sua residência em espaço de cuidado muitas vezes mais do que em promoção de saúde, tornando-se local para tratamento de doenças e utilização de ações especializadas e acompanhamento de profissionais de saúde para o indivíduo e sua família com vista à manutenção de vida e recuperação da doença.

Assim, a relevância desta reflexão está na possibilidade de preencher lacunas no desenvolvimento do conhecimento sobre a atenção domiciliar à saúde em nosso País, aliada a um olhar sobre com as políticas públicas necessárias para a implementação da prática do atendimento domiciliar para a população brasileira.

Políticas Públicas Brasileiras em Saúde

Para o desenvolvimento deste tópico, apresentamos um breve recorte, a partir da metade do século XX, sobre as políticas públicas brasileiras e a organização do sistema de saúde no País, que engloba os princípios norteadores e a estrutura administrativa do SUS.

Um fato marcante nas transformações no sistema de saúde ocorreu na III Conferência Nacional de Saúde, de 1963, pois foi quando apareceram as primeiras manifestações que reivindicavam a elaboração de uma política social, época em que se discutiam reformas de base no País. Entre os temas debatidos, a conferência defendeu a municipalização do sistema de saúde. A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, à municipalização³.

No final da década de 1970, houve aumento do número de leitos e encarecimento dos custos de internação, o que causou declínio no padrão da saúde pública. O primeiro sinal de deterioração do controle da saúde e doença em geral foi a epidemia de meningite em São Paulo, abafada pelo governo militar⁴.

Concomitantemente aos eventos nacionais e às mudanças na legislação, intensificou-se o crescimento da periferia das cidades, por êxodo rural e mecanização da lavoura, e isso pressionou os governos locais no sentido de adotar medidas para o atendimento básico em saúde. Com a exigência social, o poder municipal começou a entrar no sistema de saúde pela primeira vez na história, contudo, sem participar da formulação da política nacional de saúde, tal como a criação das primeiras redes de serviços ou unidades de saúde, principalmente nas capitais.

Como suporte no cenário nacional às necessidades da população, outro acontecimento marcante foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, a qual contou com a participação da iniciativa privada e também de outras instâncias. Discutiu-se e definiu-se o conjunto de princípios que passaram a ser conhecidos como Princípios da Reforma Sanitária Brasileira.³ Dentre seus principais objetivos, destacam-se: universalização do atendimento, equidade, integralidade das ações e descentralização.

Paralelamente ao movimento social de reforma sanitária, surgiu, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), numa conjuntura bastante adversa. Administrativa e tecnicamente, o SUDS não foi bem-sucedido, mas, sob o ponto de vista político, foi altamente estratégico, pois na Constituição Federal de 1988 estão

sintetizados os princípios elaborados na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁵.

Assim, como resultado central da VIII CNS, estabeleceram-se diretrizes que permitiram a adequação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um sistema único de saúde.

Em 1988, com a nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias criaram condições para a viabilização plena do direito à saúde. Com a finalidade de regulamentar o sistema de saúde, editaram-se as chamadas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas, em 1991 e 1993¹.

Com a Lei nº 8.080/90 foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS) que agregou todos os serviços estatais, das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados, desde que contratados ou conveniados, responsabilizados, mesmo sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.¹ A descentralização dos serviços neste sistema ocorre no intuito de viabilizar as políticas públicas do País, cujo sistema de saúde confere aos estados e municípios autonomia política, administrativa e financeira, bem como o estabelecimento de normas e leis para seu funcionamento, havendo a transferência do gerenciamento e da organização dos serviços, tanto da União para os estados como dos estados para os municípios.

Na regulamentação do SUS estão as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, enquanto que, na Lei nº 8142/90 estão descritos a participação da comunidade na gestão deste sistema e os mecanismos de transferências de recursos financeiros na área da saúde.

O objetivo maior deste sistema não é simplesmente obter a ausência de doença, mas sim um requisito para o exercício pleno de cidadania, que envolve o indivíduo, o coletivo e o ambiente com todas suas inter-relações.⁶ Porém, na transferência de recursos ou no financiamento do setor saúde, a arrecadação depende do sistema fiscal, ou seja, arrecadação e distribuição de recursos advindos de impostos, o que torna os poderes estadual e municipal responsáveis pelo financiamento, ao contrário do que pre-

coniza o orçamento único previsto na Constituição, ocorrendo como consequência, o estrangulamento dos investimentos referentes à saúde.

A política de saúde vigente propõe-se a assistir a população com base no modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde, e leva em conta os princípios de descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, na formatação do modelo de atenção à saúde do País.

Segundo o artigo 4º da Lei Federal nº 8.080, o SUS é o “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por Órgãos e Instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e complementarmente pela iniciativa privada”⁷.

Segundo o SUS e seus princípios, os serviços de saúde estão estruturados hierarquicamente a partir dos níveis de atenção, ou seja, variam de acordo com a complexidade e a densidade tecnológica, que influenciam o custo e a viabilidade da solução de problemas. Há uma rede integrada de serviços em diversos níveis de atenção, e a atenção básica é considerada a porta de entrada do indivíduo para esse sistema, cujas ações estão voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde⁸.

A organização de forma ampla dos serviços de saúde está baseada no princípio de regionalização, o qual busca estabelecer a universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações, por meio dos distritos sanitários. Distrito sanitário “é um espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da criação de instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde, em busca da transformação das práticas sanitárias para obter impacto sobre a situação de saúde da população”^{4:160}.

Faz parte desse processo a territorialização do sistema de saúde, fundamentada no processo de planejamento da vigilância à saúde, ou seja, o reconhecimento do território no município, considerando as relações entre condições de vida, acesso às ações e aos serviços de saúde, por meio de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários. O território, então, passa a constituir uma das ferramentas do processo, ou seja, os distritos sanitários

estão intimamente vinculados a determinado conjunto territorial e social, que configura o modo de redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e dos serviços de saúde. Assim, responde às demandas e às necessidades de saúde da população e principalmente colabora para a solução dos problemas de saúde nesse espaço predefinido.⁴

É evidente que ainda existem muitos obstáculos para consolidação do SUS, o qual necessita de organização e planejamento que efetivamente contemplem as necessidades da população, com readequação dos recursos, diminuição das desigualdades no atendimento e ampliação da capacidade de atendimento, dentre outros fatores, que o tornam um sistema fragmentado.¹ Citando a Carta de Ljubljana da Organização Mundial de Saúde de 1996, Mendes discorre sobre outros impasses

“As reformas com a atenção primária à saúde como uma filosofia deveriam assegurar que os serviços de saúde de todos os níveis protejam e promovam a saúde, melhorem a qualidade de vida, previnam e tratem as doenças, reabilitem as pessoas e cuidem dos doentes em sofrimento e em estado terminal. Elas deveriam reforçar a decisão conjunta pelo usuário e pelo prestador da atenção e promover a abrangência e continuidade da atenção dentro de seus ambientes culturais específicos.”^{1:113}

Concomitantemente a este processo, o desenvolvimento técnico-científico, que supera dia a dia os limites do viver do ser humano, contribui de certa forma para um sistema de assistência à saúde hospitalocêntrico fato que ocasiona busca desta tecnologia e serviços também por parte da população. Contudo, ao considerar o processo de territorialização, o conhecimento e a apropriação do modo de viver de uma comunidade, a forma como solucionam os problemas, possibilita uma proximidade ímpar com o indivíduo e sua família e, ao adentrar os lares, depara-se com as especificidades deste contexto, o modo como ocorrem as relações, como as pessoas lidam com os problemas, e de forma direta ou indireta como os diversos fatores, incluindo os políticos, sociais e humanistas, podem contribuir ou interferir na realização do cuidado prestado.

Portanto, a atenção domiciliar contribui para a reorganização do sistema de saúde, partindo do princípio de que várias ações de saúde são desenvolvidas no domicílio por uma equipe de profissionais que, primeiramente, faz um diagnóstico da realidade, identifica as necessidades e os recursos existentes, o contexto familiar e domiciliar do indivíduo.

Atendimento Domiciliar à Saúde

O atendimento domiciliar à saúde consiste no fornecimento de assistência a pessoas de qualquer idade em sua residência, a partir do diagnóstico da realidade, considerando os fatores limitantes ou potencializadores, os quais devem contribuir para a prevenção, promoção, reabilitação, bem como, para melhor adequação ou adaptação das funções em busca da independência e manutenção da autonomia.

O principal objetivo do atendimento domiciliar é a promoção da manutenção ou a restauração da saúde, bem como a adaptação das funções do indivíduo, a fim de favorecer o restabelecimento de sua independência e autonomia, e tornar-se, assim, complementar ao modelo de assistência hospitalar.⁹ Essa modalidade contempla, ainda, as atuais necessidades de saúde dos indivíduos, ou seja, uma assistência mais humanizada, personalizada e com inserção da família no processo de cuidado.

Faz parte desse “cuidado”, não somente atender à saúde do paciente que se encontra no domicílio, mas também, exercê-lo no que diz respeito às ações desenvolvidas pela família e pelo paciente, de maneira a interagir, compreender o seu contexto, orientar, educar, apoiar, quebrar resistências, considerando os seres humanos e sua identidade, e ao mesmo tempo, conduzi-los de tal forma que reconheçam a realização de um cuidado efetivo.

Este contexto cultural, social, político e humanista precisa ser entendido, principalmente para que se possa realizar um cuidado à saúde efetivo, cujos vínculos de cooperação e solidariedade dentro da prática do cuidado domiciliar são imprescindíveis, pois o atendimento ao indivíduo e sua família, no seu próprio ambiente, denota um importante papel para garantir o mais alto nível de qualidade de vida e saúde.

Desta forma, o atendimento domiciliar à saúde compreende a necessidade de acompanhamento e moni-

toramento de uma pessoa que carece de cuidados contínuos no domicílio por um período de tempo – curto ou não – com vistas a seu restabelecimento, considerando-se suas necessidades como indivíduo, família e contexto domiciliar, que subsidiem os ajustes necessários para a realização do cuidado.

Sob essa ótica, há readequação da organização de políticas públicas de saúde para a implantação do atendimento domiciliar à saúde, pois existe demanda da população, tendência de diminuição de leitos, fechamento de hospitais e adoção de cirurgias ambulatoriais, o que leva à implementação da atenção domiciliar à saúde, com a finalidade de reduzir custos, contribuir para efetividade e eficácia do sistema de saúde e melhorar a qualidade da assistência.

Nesse sentido, “a implantação de serviços de saúde domiciliar pode ser a estratégia que possibilitará um maior aproveitamento dos leitos hospitalares e um melhor atendimento das necessidades terapêuticas dos grupos humanos da comunidade”.^{10:1}

“O desafio do sistema público brasileiro está em integrar a atenção domiciliar com os outros pontos de atenção à saúde do sistema, incluindo as equipes de saúde da família. Além disso, há que se considerar, concretamente, as condições de habitabilidade de grandes contingentes da população brasileira e as condições singulares das famílias das pessoas sob atenção domiciliar. Porque a atenção domiciliar representa, sempre, um custo social e econômico adicional para as famílias que dela se utilizam.”^{11:128}

Frente a essa necessidade e a esse desafio, o governo brasileiro aprovou em abril de 2002 a Lei nº 10.424, a qual dispõe sobre a Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde, em complemento à Lei nº 8.080.¹¹ Em outubro de 2003, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) propôs uma resolução referente ao regulamento técnico que normatiza o funcionamento de serviços prestadores de assistência domiciliar, a qual foi aprovada em 26/01/2006¹².

No Plano Nacional de Saúde (PNS) – um Pacto pela Saúde no Brasil, que contempla ações pertinentes

aos anos 2004 a 2007 – há menção à reorganização da prática assistencial, ao fortalecimento da atenção básica, à desinstitucionalização, com o desenvolvimento de modalidades assistenciais alternativas à prática hospitalar, bem como ênfase na humanização do atendimento.¹³ Isto aponta para o fortalecimento da estratégia da saúde da família e conseqüentemente, remete ao atendimento em domicílio.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde elaborou um documento preliminar que norteia a organização desses serviços em âmbito nacional sobre as Diretrizes para a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde.¹³

Recentemente, em 19 de outubro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.529, em 19/10/2006, que estabelece a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde.¹⁴

Há, portanto, um repensar das políticas públicas em saúde em nosso País, no sentido de organizar esse tipo de assistência, haja vista a necessidade de normatizar serviços públicos que já incorporaram o atendimento domiciliar à saúde em seu cotidiano, pois, atualmente, este atendimento tem sido desenvolvido pelos prestadores de serviços de saúde privadas.

Alguns serviços e localidades se organizaram independentemente de decisão nacional e de diretrizes mínimas para a prática do atendimento domiciliar à saúde. Assim, há municípios que buscam alternativas para a implementação e o desenvolvimento desse atendimento, na tentativa de otimizar os recursos financeiros da saúde, tais como as cidades de Londrina, Santos, Campinas e Belo Horizonte, dentre outras nas diversas regiões do país.

A tentativa de implementar o atendimento domiciliar à saúde em diversos serviços no Brasil tem como característica a adoção de rotinas existentes em outros serviços ou países. Elas nem sempre se adaptam à realidade brasileira, o que é fator preocupante, uma vez que se busca melhor assistência à população, delineamento de fluxo para todos os níveis de atenção à saúde e redução dos custos para o sistema de saúde.

O atendimento domiciliar à saúde possibilita a realização de cuidados aos pacientes em casa e a sensibilização, tanto do paciente quanto da família para alcançar as metas de saúde e a independência dos serviços formais de assis-

tência. Dessa forma, os aspectos políticos, sociais e humanistas são contemplados desde que princípios e práticas se coadunem numa direção que busque tornar o espaço do domicílio como local de ações de desenvolvimento de saúde, recuperação da doença e qualidade de vida para os que ali habitam.

A (Inter) relação entre as políticas públicas e o atendimento domiciliar à saúde

O atendimento domiciliar à saúde requer como modalidade de assistência a elaboração de uma política nacional com bases sólidas que sustente a estruturação do serviço de saúde. Este projeto coloca-se como um grande desafio em nosso País.

Ao considerarmos o atendimento domiciliar à saúde que está sendo efetuado na prática em saúde do território nacional, podemos perceber que, por um lado propicia ao indivíduo e a sua família manter maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado à saúde e a possibilidade de individualização do cuidado proposto. Por outro, consideramos que o Estado tem seus deveres relacionados à promoção da saúde, fator que gera responsabilidade e participação também no que é de sua competência, de modo a não sobrecarregar a família nem transferir para ela esse ônus simplesmente enviando o paciente para o domicílio, sem sustentar algumas necessidades, sejam elas materiais, humanas ou outras.

Atualmente percebemos lacunas no sistema de saúde, pois ao mesmo tempo em que ocorre a desospitalização, cria-se uma nova demanda da população, a de suprir as necessidades de cuidados agora existentes no domicílio. Porém, não houve progressos nem estrutura de base, nos quesitos recursos humanos, materiais e organizativos, para alicerçar o atendimento domiciliar à saúde. Há, na verdade, uma inversão, pois surge primeiro a demanda de atendimento domiciliar à saúde por parte da população para depois ocorrer o estabelecimento de políticas públicas, dificultando de certa forma, a organização dos serviços de saúde, principalmente da atenção básica para absorver essa nova demanda, comprometendo inclusive a qualidade da assistência prestada.

Sabemos que o Sistema Único de Saúde no Brasil vem se consolidando e aos poucos mostra uma visão de saúde em evolução, inserida numa realidade também em construção.

Essa consolidação exige repensar seus fundamentos, antever os problemas de saúde e as reais necessidades da população e embasar ações conjuntas em todos os níveis de atenção. Esta perspectiva busca um modelo de atenção que resulte em sua ampliação e efetiva integralidade das ações, evidenciando-se que o atendimento domiciliar à saúde faz parte deste desenvolvimento o qual auxilia a incorporação ao modelo clínico e do modelo epidemiológico, requerendo o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes, centrados no coletivo, na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como, na relação da equipe de saúde com a comunidade e com as famílias.

Requer, igualmente, envolvimento e intervenções dos gestores para alavancar políticas que ainda se mostram incipientes frente às necessidades da população e também dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento domiciliar à saúde vem demonstrando ser uma opção que oferece ao indivíduo e à sua família a possibilidade de manter maior controle sobre as decisões de saúde, e uma assistência individualizada além de propiciar ainda certa independência e autonomia.

O Estado tem seus deveres relacionados a ações de saúde, fator que gera responsabilidade e participação também no que é de sua competência. Assim, ao estabelecer que pacientes serão atendidos no domicílio, devido a questões já apontadas no texto, precisa desenvolver condições para que este atendimento se efetive de modo a não sobrecarregar a família nem transferir para ela esse ônus, ao simplesmente enviar o paciente para o domicílio sem sustentar algumas necessidades, sejam elas materiais, humanas ou outras. Há também com relação ao atendimento domiciliar à saúde a necessidade de ampliar a compreensão de cuidado, a fim de contribuir, para que os indivíduos se tornem aptos a produzir sua própria história em relação à saúde, sem desresponsabilizar o Estado.

É de fundamental importância considerar que o significado da assistência à saúde está intimamente relacionado à subjetividade de cada ser humano integrado à família, e não somente ao paciente, um dos alvos dessa assistência.

É evidente que só a intervenção e recuperação do corpo biológico não têm respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam maior atenção à qualidade de vida, à promoção da saúde e à cidadania.

O atendimento domiciliar à saúde está em crescimento, não apenas devido ao aumento da longevidade da população, mas também pela necessidade de se “desospitalizar” a atenção à saúde da população. O cuidado no domicílio exige planejamento atento das ações, com base nos objetivos assistenciais, no diagnóstico de saúde e também nas condições familiares sob as quais se encontra o paciente, sem mencionar a qualidade de atendimento afetivo que o paciente recebe quando é abrigado em sua casa, onde há maior envolvimento dele com sua família, maior participação no planejamento e na execução dos cuidados necessários desenvolvidos de forma individualizada e, assim, com responsabilidades distribuídas.

O atendimento domiciliar à saúde propicia um vínculo mais intenso com a população e a estimula a conhecer seus direitos e a utilizá-los de forma adequada e na hora certa. O vínculo é uma aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, o que facilita a assistência à saúde, o conhecimento dos problemas desse local, a promoção da educação em saúde, e auxilia a população na melhor forma de resolver seus problemas.

O Estado tem manifestado sua participação através das políticas públicas em saúde, que tem colocado os aspectos do atendimento domiciliar à saúde em pauta, mas é preciso trilhar um caminho longo e árduo ainda para sedimentar esta forma de atenção à saúde da população. Para tanto, é necessário que gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema lutem para que os direitos de cidadania em saúde sejam alcançados com relação ao atendimento domiciliar à saúde.

Estes fatores podem contribuir para a atenção à saúde desejada em nosso país, entretanto é de extrema importância a reflexão sobre essas ações, bem como de suas interfaces políticas, sociais e humanistas para poder im-

pulsionar as mudanças como um todo, e também conduzir à efetiva integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
2. Chioro A, SCAFF A. A implantação do sistema único de saúde. [online] [acesso 2005 jun 15]. Disponível em: <http://www.sgmfc.org.br/txaps/txaps001.doc>.
3. Ministério da Saúde (BR). Histórico do Ministério da Saúde: **do sanitário à municipalização**. [online]. [acesso 2006 out 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=126.
4. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; 1995.
5. Venâncio J. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
6. Andrade LOM. SUS Passo a passo: normas, gestão e financiamento. Saúde em Debate São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva. 2001; Série Didática, 10:139.
7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Orgânica de Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [online] [acesso 2006 out 10] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
9. Carletti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaleo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996.
10. Cruz ICF, Barros SRTP, Ferreira HC. Enfermagem em home care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Enfermagem Atual 2001; 1(4): 35-8.

11. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10424/02, 15 de abril de 2002. Complementa a Lei 8080/90. [online]. [acesso 2006 out 10]. Disponível em: http://www.crefito5.com.br/web/legislacao_lei/lei10424.doc
12. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada: RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. [online] [acesso 2006 fev 5]. Disponível em: www.anvisa.gov.br/leisref/public/.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/
PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. [online] [acesso 2006 fev 5]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNS.pdf>.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. [online] [acesso 2006 fev 5]. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>.

RECEBIDO: 18/07/2007

ACEITO: 03/03/2008