

ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS

Luciana Rodrigues Gonçalves

O Brasil tem assistido nas últimas décadas a uma transformação progressiva na estrutura etária da população. Tal transformação traz consigo uma série de questões sociais, econômicas, políticas, demográficas e epidemiológicas que têm reconfigurado o perfil dos usuários dos serviços de saúde, bem como das demais políticas sociais.

O crescimento exponencial do número de idosos no Brasil hoje é progressivo e deve ser considerado uma questão de saúde pública. Segundo dados recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2022) somam aproximadamente 15% da população. Torna-se necessário, assim, uma efetivação de práticas condizentes com o conceito de saúde e o entendimento das questões que incidem sobre a capacidade funcional e cognitiva das pessoas idosas fazendo com que necessitem do acompanhamento de cuidadores e cuidados em domicílio.

De antemão, é necessário esclarecer a escolha do termo “Atenção Domiciliar” em meio a outras possibilidades como “atendimento domiciliar”, “visita domiciliar”, “internação domiciliar” e “assistência domiciliar”. Isto se deve à consolidação do termo na literatura e na legislação próprias deste campo, desde as primeiras portarias em 2011 até a mais recente em 2016. Além disso, Atenção Domiciliar (AD) engloba todos os procedimentos, como visitas e internações, sendo mais abrangente que os demais e pressupõe a integralidade na articulação entre as ações de prevenção, promoção, recuperação da saúde e palição (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012; DIAS; NETO, 2014; NETO, 2014).

Segundo Mehry e Feuerwerker (2008), os cuidados de saúde no domicílio já eram descritos em sociedades egípcias antigas e europeias. A Europa, por exemplo, apresentava essa modalidade de cuidado em domicílio bem antes do surgimento dos hospitais, no século XIX. A prática de cuidado em domicílio está relacionada à própria constituição da família.

Diogo e Duarte (2002) afirmam que um dos objetivos da criação das instituições de saúde foi a concentração dos recursos de atendimento destinado à saúde, mas com o tempo estas instituições demonstraram grande fragmentação de seus serviços, com dificuldades de implementação de ações intersetoriais e precarização do atendimento à população, tornando-se necessário buscar alternativas de atendimento que humanizassem as práticas em saúde, considerando as relações sociofamiliares.

A AD institucionalizada surge no ano de 1947, nos Estados Unidos, como uma sistematização dos serviços ofertados em domicílio, extensão do hospital. Ganha projeção na década de 1960 do século passado, no sentido de minimizar recursos e liberar leitos hospitalares, com intuito de “descongestionar o hospital e proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente psicológico mais favorável” (REHEM; TRAD, 2005, p. 234).

No Brasil, o primeiro serviço de AD data de 1949, e esteve vinculado ao Ministério do Trabalho. Em 1963 foi implantado o primeiro serviço de AD planejado no Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo – HSPE (BRASIL, 2012).

Os serviços de AD foram ampliados a partir de 1990, dadas as perspectivas trazidas pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 e Lei 8.142 de 1990), bem como a

criação e consolidação do Programa Saúde da Família – criado em 1994 e transformado em Estratégia de Saúde da Família na reorganização da Atenção Básica no Brasil, em 2006.

Desta forma, nos anos 2000 a AD se diversifica significativamente, no sentido de humanização, substituição e racionalização dos recursos. Um dos principais programas criados nesse período é o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) e a Atenção Domiciliar Terapêutica para Pessoas com AIDS (ADT-AIDS). As iniciativas desse período foram pontuais, partindo de secretarias municipais ou hospitais, nos diversos níveis de atenção, com baixo financiamento e regulamentação inconsistente. Nos anos seguintes surgiria uma série de portarias e legislações que consolidariam a Atenção Domiciliar.

Em 2002, a Portaria nº 10.424 acrescenta um capítulo e um artigo à Lei 8.080 de 1990 estabelecendo o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no âmbito do SUS. Nesse mesmo ano, a Portaria nº 249 estabelece a AD nos Centros de Referência à Saúde do Idoso.

A Portaria nº 825 de 26 de abril de 2016 é a mais importante até o momento, porque redefine a Atenção Domiciliar no SUS e o Programa Melhor em Casa (PMC) – que surge no ano de 2011 e traça as diretrizes para a reorganização dos serviços de Atenção Domiciliar no Brasil. A portaria nº 825 considera como AD a

[...] modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados (Artigo 2º, inciso I).

De acordo com os documentos do Ministério da Saúde, um dos eixos centrais para o desenvolvimento da AD no Brasil é a desospitalização como estratégia para reduzir custos, diminuir riscos de infecções hospitalares, celeridade das altas, entre outros. No fluxo de desospitalização proposto pelo PMC, quando o usuário internado apresenta melhora clínica, necessita de cuidados e é elegível à AD, passa por avaliação sobre a modalidade para qual será encaminhado (BRASIL, 2012; ARAÚJO, 2015).

Em relação à organização dos serviços, o PMC está estruturado em Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), caracterizados como serviços complementares e/ou substitutivos à Atenção Básica, serviços de urgência e internação hospitalar, além de gerenciadores das Equipes (BRASIL, 2016), dispostos em três modalidades de atendimento: AD1, AD2 e AD3, conforme a necessidade de frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento e uso de equipamentos.

Uma das questões a destacar é a influência do cuidador no acesso das pessoas que necessitam de atendimento em domicílio, critério de admissão nas modalidades AD2 e AD3 da Atenção Domiciliar no SUS. De acordo com a Portaria nº 825, cuidador(es) é/são “pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar” (BRASIL, 2016, artigo 2º, inciso III).

Cabe ressaltar que é a condição de dependência do usuário que vai determinar a elegibilidade e o enquadramento nesta modalidade de atenção, o que vai trazer uma série de questões quanto a ampliação da demanda de cuidados em domicílio – dado o quadro demográfico e epidemiológico atual – e a restrição do acesso aos usuários em “situação de

restrição ao leito, ou ao lar de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos” (BRASIL, 2016, artigo 5º; SANTOS, 2019).

A alocação de tais equipes obedece à lógica de adscrição da clientela, que tem relação com a responsabilização da equipe pelos sujeitos que vivem em uma área geográfica definida, em um processo de territorialização. Neste caso, as EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) devem “atender a uma população adstrita de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário, e poderá estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde”, com a designação de uma EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio) para o suporte e complementação das ações, de acordo com indicação clínica.

Para Mehry e Feuerwerker (2008), os serviços de Atenção Domiciliar podem ser pensados como “experiências de práticas de saúde que desafiam e/ou repetem modos hegemônicos de se produzir o cuidado na saúde” (p. 1). Como visto anteriormente, o modelo de atenção em saúde ainda está sob a égide do modelo hospitalocêntrico, apesar dos princípios preconizados pelo Sistema único de Saúde, como a integralidade (BRASIL, 2012; SANTOS, 2019).

O Caderno da Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012) indica duas vertentes que neste estudo se apresentam como concorrentes, mas que na perspectiva dos gestores mobilizam – quase que igualmente – a decisão político-institucional em relação à AD e a implantação dos serviços: uma é racionalizadora, ou seja, prima pela redução de custos ou o uso adequado desses recursos. A segunda vertente é de reorientação do modelo técnico-assistencial, que diz respeito à transformação de um modelo prevalentemente biomédico e curativo para um modelo condizente com a diretriz de prevenção e a interação com outras culturas de cuidados realizados em domicílio.

Assim, compreende-se que a AD na perspectiva de reorientação do modelo técnico-assistencial, pode constituir-se como uma estratégia de enfrentamento das iniquidades em saúde e atendimento das necessidades específicas da população, como por exemplo, pessoas idosas, pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, acamadas por doenças incapacitantes, entre outros. Isto se considerados os limites e possibilidades postos no cenário atual de progressiva desconstrução de direitos, refilantropização e privatização dos cuidados em saúde – tanto no que diz respeito à transformação da saúde em um negócio lucrativo, quanto à responsabilização das famílias e demais sujeitos envolvidos no cuidado (BRAGA, 2016; CARVALHO, 2015; POZZOLI, 2017; SANTOS, 2019).

Muitos são os desafios para repensar a legislação vigente, tendo em vista o perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, que demandará cada vez mais a atenção em saúde no domicílio. Uma atenção que considere e se articule com os equipamentos das políticas públicas presentes no território/áreas de abrangência dos serviços, que repense os critérios de admissão levando em conta as especificidades das famílias (trabalho, alternância de cuidado, fragilidade dos vínculos) e situação habitacional de muitos trabalhadores que moram distante dos centros urbanos, em áreas consideradas inegáveis.

Ademais, não se pode deixar de abordar a configuração das equipes de AD. Nas EMAD, além de médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem a equipe conta com fisioterapeuta “ou” assistente social. Já nas EMAP, as equipes deverão ter no mínimo três

profissionais de saúde de nível superior, dentre os quais está o assistente social. Ratifica-se a importância da permanência dos assistentes sociais nas equipes da AD, uma vez que poderão atuar como articuladores entre os sujeitos envolvidos no cuidado e os recursos sociais da rede intersetorial, além de contribuir para formação continuada dos profissionais de saúde, ultrapassando “a formação de profissionais simplesmente técnicos, treinados ‘para intervir num campo de ação determinado com a máxima eficácia operativa ou intelectual’” (VASCONCELOS, 2012, p. 72).

A oferta de cuidados de saúde no domicílio dos usuários dos serviços tem a perspectiva de ampliar o acesso daqueles que se encontram impossibilitados de comparecer aos serviços, tanto pelas limitações físicas, como da situação socioeconômica. Também possui grande potencial para a articulação da equipe com os equipamentos das políticas sociais dos territórios e também de interação da equipe de saúde com a rede de cuidados familiar e/ou comunitária.

Cabe então reforçar a Atenção Domiciliar desenvolvida pelo Programa Melhor em Casa como um direito de saúde na perspectiva integral, o que coaduna com os princípios do SUS, em especial com a universalidade do acesso, primado pela Reforma Sanitária, inscrita na legislação em vigor. Guardadas as devidas proporções e as limitações discutidas anteriormente, a AD atende também a descentralização político administrativa do SUS, com atendimento territorializado e mais próximo da realidade social em que o usuário vive.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, C. M. Assistência Domiciliar de Saúde: Desafios no atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana, 2015. Dissertação (Mestrado em Gestão em Saúde, Ciência, Tecnologia & Inovação) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na Atenção Domiciliar em saúde. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 21 (3): 903-912, 2016.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988.
- _____. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080/90 e Lei 8142/90.
- _____. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.
- _____. Caderno de atenção domiciliar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1 v., 2012.
- _____. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, 2016.
- DIOGO, M.J.D.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: Conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. de (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia, p. 762-767. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GUERRA, Y. Dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS e ABEPSS (Orgs.). Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.
- IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html>>. Acesso em 31 de out. 2022.

- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: Medicalização e substitutividade. In: Seminário Nacional de Divulgação dos Resultados da Pesquisa: Implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – Modelagem a partir das experiências correntes, n. 1. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acessado em 8 de abr. de 2019.
- NETO, A. V. O.; DIAS M. B. Atenção Domiciliar no Sistema único de Saúde (SUS): O que representou o Programa Melhor em Casa? In: Revista Divulgação em Saúde para Debate I, n. 51, p. 58-71, outubro. Rio de Janeiro, 2014.
- POZZOLI, S. M. L.; CECÍLIO, L. C. de O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. In: Revista Saúde Debate, v. 41, p. 1116-1129, out.-dez. Rio de Janeiro, 2017.
- REHEM, T. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: Subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. In: Ciência e Saúde Coletiva, 10 (sup), p. 231-242, 2005.
- SANTOS, B. F; GOMES, M. R. B. Atenção Domiciliar à Saúde e a centralidade dos cuidados na família: Coparticipação ou super responsabilização? In: O Social em questão – Ano XXII – n. 43 – jan.-abr., 2019.
- VASCONCELOS, A. M. A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2015.