



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Luciana Rodrigues Gonçalves


**A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde:
Caminhos para pensar a prática na Saúde**

Rio de Janeiro

2019

Luciana Rodrigues Gonçalves

A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: Caminhos para pensar a prática na Saúde



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Maria de Vasconcelos

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

G635 Gonçalves, Luciana Rodrigues.
A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde:
Caminhos para pensar a prática na Saúde / Luciana Rodrigues
Gonçalves. – 2019.
93 f.

Orientadora: Ana Maria de Vasconcelos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Serviço Social.

1. Serviço Social – Teses. 2. Atenção Domiciliar – Teses. 3. Sistema
Único de Saúde – Teses. 4. Programa Melhor em Casa – Teses. I.
Vasconcelos, Ana Maria de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Serviço Social. III. Título.

es

CDU 324(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Luciana Rodrigues Gonçalves

A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: Caminhos para pensar a prática na Saúde

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social

Aprovada em 15 de agosto de 2019.

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Ana Maria de Vasconcelos – Orientador
Faculdade de Serviço Social (ESS/UERJ)

Prof.^a Dr.^a. Andrea Georgia de Souza Frossard
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos
Faculdade de Serviço Social (ESS/UERJ)

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Ao amor mais companheiro que eu sonharia ter, Gilderson de Oliveira Valadares, pelo fôlego e pelas mãos dadas todos os dias.

A minha amada mãe, Rosa Maria Sant'anna Gonçalves, pelo amor, pela fé e por tudo que sou.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor meu Deus, que me “revestiu de força e que aperfeiçoou o meu caminho (...)” (Salmos 18:32), minha inteira gratidão pelos caminhos que trilhei até aqui, permeado de desafios, superações e aprendizados.

À minha família pelo incentivo e preocupação com a minha saúde, durante este processo tão intenso e exaustivo do mestrado. Em especial, minha mãezinha amor da minha vida inteira, meu marido Gil e minha sogrinha Vera, pessoa linda da minha vida que sempre me apoia e motiva! Obrigada por me ampararem em toda angústia e comemorarem cada vitória nesse tempo. Amo vocês.

É justo dedicar esse parágrafo para ressaltar a participação essencial deste meu companheiro de todas as horas, de todas as lágrimas e todos os sorrisos. Gil, muito obrigada pela compreensão e estímulos cotidianos. Espero ser este mais um passo para o nosso futuro ao pôr do sol, com pés na areia à beira do mar. Te amo.

Aos meus amigos e companheiros de caminhada: Bruno, Cristiane, Gabrieli e Priscilla. Meus R’infinitos! Agradeço a Deus por de cada um que, de forma peculiar, entrou na minha vida deixando um pouco de si! Amo vocês! Não posso deixar de registrar que se não fosse por vocês eu nem teria feito este processo seletivo, então, essa vitória também é cada um. Obrigada!

Em especial, à minha amiga/irmã, Priscilla Maia. Não há nada que eu possa escrever aqui capaz de exprimir a gratidão que sinto por ter você na minha vida. Não teria chegado e não estaria saindo deste processo se não tivesse você. Você que sou eu e eu que sou você, nesse movimento em que uma buscou suprir as necessidades e as limitações da outra, superando tudo que se colocava como barreira. Nós e nosso “LogoeuCapes6kkk” símbolo de resistência e resiliência nesta conjuntura tão adversa. Tia Rosa e Lucas, obrigada por nos suportarem! Amo todos vocês!

A Kássia Siqueira, muito obrigada pela amizade e o incentivo constante, além da preocupação e da leveza ao me ajudar a avistar o norte quando me sentia perdida. Nunca vou esquecer.

Agradeço também aos amigos que estiveram ao meu lado antes do início desta jornada e que permanecem, de longe ou de perto, incentivando constantemente essas minhas aventuras acadêmicas: Amanda Belo, Andriê Felipe, Bruno Bahiana, Claudine Soares, Glauce Batista, Hygor Duarte, Ingrid Fernandes,

Luana Carvalho, Lucenir Rios, Luciana Galvão, Marcia Carvalho, Maria Amélia, Melissa Amparo, Roberta Vasconcelos e Sheila Oliveira (em ordem alfabética para não ter briga). Obrigada!

Em especialíssimo, quero render os meus sinceros agradecimentos à Tatiana Fonseca, que com sua generosidade, amizade e parceria, acreditou em mim e nos meus vãos, sempre me estimulando a investir nos meus sonhos. Me encontrei na sala de aula e hoje estou mais próxima da pessoa que quero ser. Sua participação e da equipe NEZO Educacional foram essenciais. Sempre grata!

Aos queridos companheiros da turma ME2017 do PPGSS/UERJ, foi uma honra caminhar e resistir ao lado de pessoas tão maravilhosas e competentes. Em especial, Camilla Garcino, minha luz em dias nublados. Obrigada!

Agradeço a todos os professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e em especial a Mônica, funcionária da secretaria da Pós, pelo alento nos dias de desespero e pela disponibilidade de sempre.

À banca, Prof^a. Dr^a. Andrea Frossard e Prof^o. Dr. Maurílio Matos, sou muito grata e honrada por terem aceitado este convite e por suas contribuições imprescindíveis! Eu não poderia ter uma banca e uma orientadora que me trouxessem mais orgulho e responsabilidade. MUITÍSSIMO obrigada.

Prof^o. Dr. Maurílio com quem eu tive a enorme satisfação de cursar a disciplina “Serviço Social, Cotidiano e Intervenção Profissional “, que contribuiu muito para eu pensar o meu objeto, trazendo riquíssimos momentos de reflexão, um espaço valioso na minha passagem pelo PPGSS/UERJ.

Minha eterna gratidão a Prof^a Dr^a Andrea Frossard, pela generosidade, comprometimento e pelo diferencial nesta trajetória e em outras etapas da minha vida acadêmica e pessoal. Seguimos juntas!

Por fim, o meu mais intenso agradecimento e extrema admiração a minha orientadora Prof^a. Dr^a. Ana Maria de Vasconcelos. Quando entrei na UERJ já sabia quem eu gostaria de ter como orientadora e sou muito feliz por ter aceitado esse desafio. Resistimos! Espero ter a oportunidade de aprofundar os temas trazidos nesta pesquisa e poder contar novamente com a sua contribuição imensurável.

Nada é impossível de mudar

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.

Bertolt Brecht

RESUMO

GONÇALVES, Luciana Rodrigues. **Home Care within the Unified Health System: paths to think about health practice**. 2019. 93 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Com esta dissertação, pretendeu-se iniciar uma discussão teórico-crítica sobre determinados elementos que se colocam como limites e potencialidades da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, sem a intenção de esgotar um tema tão complexo. Como profissionais da área de saúde, o estudo revelou aspectos relevantes para (re)pensar caminhos das práticas em saúde. A partir da pesquisa, foi possível perceber que o crescimento das demandas em saúde é provocado por diversas questões; dentre elas, destacamos as questões demográficas e epidemiológicas, agravadas pelo comprometimento no acesso aos serviços de saúde determinado pela lógica do Projeto Privatista. Esta lógica vem avançando, desde a década de 90, em um cenário de privatização, focalização e descentralização, ampliando as dificuldades enfrentadas pelas famílias no cotidiano da vida, em especial, no cotidiano do cuidado em domicílio, tendo como ponto de partida a reflexão sobre o papel dos assistentes sociais, para o atendimento das demandas de saúde. Com base no método qualitativo e orientado pela teoria social crítica de Karl Marx, baseada no materialismo histórico-dialético, foi realizado um estudo bibliográfico utilizando revisão integrativa e pesquisa documental. Na identificação e seleção do material bibliográfico analisado, foram pesquisadas publicações indexadas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), entre abril e julho de 2019, onde foram selecionados 19 estudos, sendo utilizados os seguintes descritores: “atendimento domiciliar”; “Assistência domiciliar” e “sistema único de saúde”. Observou-se que a Atenção Domiciliar (AD), 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. Em conclusão, o estudo contribuiu para a discussão do campo da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde, indicando elementos para pensar estratégias diante dos limites e possibilidades identificados. Percebe-se que o debate e a produção do conhecimento sobre o cuidado domiciliar se constitui um privilegiado para a produção de conhecimento na área da saúde e um campo útil para uma prática de saúde que articule as profissões da saúde.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar. Sistema Único de Saúde. Programa Melhor em Casa.

ABSTRACT

GONÇALVES, Luciana Rodrigues. **A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: caminhos para pensar a prática na saúde.** 2019. 93 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

With this dissertation, it was intended to initiate a theoretical-critical discussion about certain elements that pose themselves as limits and potentialities of Home Care within the scope of the Unified Health System, without the intention of exhausting such a complex topic. As health professionals, the study revealed relevant aspects to (re) think about ways of health practices. From the research, it was possible to notice that the growth in health demands is caused by several issues; among them, we highlight demographic and epidemiological issues, aggravated by the compromised access to health services determined by the logic of the Privatist Project. This logic has been advancing, since the 90s, in a scenario of privatization, focus and decentralization, increasing the difficulties faced by families in their daily lives, especially in the daily care at home, having as a starting point the reflection on the role of social workers in meeting health demands. Based on the qualitative method and guided by Karl Marx's critical social theory, based on historical-dialectical materialism, a bibliographic study was carried out using integrative review and documentary research. In the identification and selection of the analyzed bibliographic material, indexed publications were searched in the Virtual Health Library (VHL) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases, between April and July 2019, where 19 studies were selected, using the following : descriptors: "home care"; "Home care" and "single health system". It was observed that Home Care (AD), developed by the Better at Home Program, as a health right in the full perspective, which is in line with the principles of SUS, especially with the universality of access, with primacy for the Health Reform, inscribed current legislation. With due regard for the proportions and limitations discussed above, the AD also serves the administrative political decentralization of SUS, with territorialized service and closer to the social reality in which the user lives. In conclusion, the study contributed to the discussion of the field of Home Care within the scope of the Unified Health System, indicating elements for thinking strategies in the face of the limits and possibilities identified. It is noticed that the debate and the production of knowledge about home care is a privileged one for the production of knowledge in the health area and a useful field for a health practice that articulates the health professions.

Keyword: Home Care. Unified Health System. Best at Home Program.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Linha do Tempo da Saúde / Atenção Domiciliar no Brasil.....	52
Figura 2 - Condições de vida da população brasileira - urbanos x rurais (PNAD / 2013)	64
Figura 3 - Condições de vida da população brasileira - Grande Regiões (PNAD / 2013)	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Eixos de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde.....	38
Tabela 2 - Expectativa de vida ao nascer no Brasil.....	46
Tabela 3 - Constituição das Equipes de Atenção Domiciliar	54

LISTA DE SIGLAS

AD –	Atenção Domiciliar
CEBES –	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CONASS –	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EMAD –	Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar
EMAP –	Equipes Multidisciplinares de Apoio
OSS –	Organizações Sociais de Saúde
PMC –	Programa Melhor em Casa
SUS –	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	ESTADO, SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SERVIÇO SOCIAL	20
1.1	Estado e Política Social	20
1.2	A trajetória da Seguridade Social brasileira	24
1.3	A Política de Saúde como perspectiva de ampliação da cidadania	27
1.4	Política de Saúde, profissões de saúde e Serviço Social	34
2	A ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	43
2.1	Precedentes da Atenção Domiciliar	43
2.1.1	<u>Envelhecimento Populacional</u>	43
2.1.2	<u>Transição Epidemiológica</u>	47
2.2	Atenção domiciliar no Brasil: O Programa Melhor em Casa	49
2.3	Congresso Brasileiro Interdisciplinar sobre Assistência Domiciliar (CIAD): elementos para o debate	57
2.4	Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde: Limites e Possibilidades	63
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	74
	ANEXO - Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar	84

INTRODUÇÃO

Este estudo se desenha no complexo campo dos cuidados em saúde em domicílio. A discussão do tema é permeada por atravessamentos e contradições, tendo em vista a representação deste espaço pelos e para diversos sujeitos envolvidos e as relações socioeconômicas que determinam o processo de saúde-doença.

Para os usuários dos serviços, familiares e/ou cuidadores, esta modalidade de atendimento pode possibilitar a ampliação da autonomia e melhoria das condições de saúde, considerando as progressivas transformações demográficas e epidemiológicas que impactam no envelhecimento populacional e o crescimento do número de doenças crônicas, doenças não transmissíveis e outros agravos à saúde. Contudo, esse modelo de atenção em saúde pode, também, representar sobrecarga financeira, emocional e física para os responsáveis pelo cuidado, além da dificuldade de acesso provocada pelo não atendimento aos critérios de elegibilidade/admissão nos serviços sócios assistenciais ou pela insuficiência na prestação dos serviços, num contexto de focalização e descentralização das políticas sociais, conforme será discutido ao longo do texto.

Neste cenário, observa-se a complexificação das necessidades de saúde e o desafio por uma intervenção que vá além dos muros do hospital - em relação prevenção e promoção da saúde; ao acesso aos serviços de saúde na atenção básica e na assistência de maior complexidade, como os cuidados oncológicos -, a partir de uma assistência que englobe o atendimento domiciliar, principalmente em casos de gravidade da doença, situação de pobreza das famílias e pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

Desta forma, o objetivo deste estudo é analisar os limites e as possibilidades da Atenção Domiciliar (AD), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a efetividade no atendimento às demandas de saúde. Para isso, se abordará as diretrizes que regem a Assistência Domiciliar, considerando a Portaria Nº 825, de 26 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), indicando como diretriz para esta modalidade de atendimento “ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência” (Artigo 4º, inciso I).

É um estudo tecido a partir da inserção da autora no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, em hospital de referência nacional para tratamento de pessoas com câncer. A atuação como assistente social residente na unidade de Cuidados Paliativos, onde o serviço de Assistência Domiciliar é ofertado aos “pacientes com dificuldades de locomoção ou que não têm condições clínicas de comparecer ao ambulatório”,¹ bem como as experiências de interlocução com a Atenção Primária a Saúde e a construção do trabalho de conclusão de curso, demonstrou identificação com a temática da Atenção Domiciliar (AD) e colocou o desafio de ampliar o debate.

No primeiro capítulo serão discutidos os rebatimentos das políticas neoliberais nas práticas em saúde, considerando a trajetória das lutas pelas políticas sociais, sobretudo a construção do Sistema Único de Saúde, e as mudanças no modo de produção capitalista como determinantes para as configurações de Saúde como direito de todos e dever do Estado. Isto porque, compreende-se que “é necessário ter clareza dos impactos que o modo de organização da sociedade causa sobre a realidade do espaço onde se desenvolve o trabalho” (Couto, 2009, p. 6) para identificar os atravessamentos do cotidiano do cuidado domiciliar.

No segundo capítulo será apresentada a trajetória da Atenção Domiciliar no Brasil e as configurações assumidas pelos serviços de atenção domiciliar, a partir do lançamento do Programa Melhor em Casa, regulamentado por decretos e portarias entre 2011 e 2016. Intenciona-se apreender o panorama da Atenção Domiciliar no cenário atual, bem como analisar as diretrizes do Ministério da Saúde para esta modalidade de atendimento, ressaltando os enfrentamentos e desafios do cotidiano de cuidado aos usuários dos serviços.

No que tange ao Serviço Social, como profissão da área da saúde que integra o trabalho multi e interprofissional², busca-se compreender a participação dos

¹ Extraído da Cartilha “Conheça o Hospital do Câncer IV” (INCA, 2014, p. 7). Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//conheca-o-hospital-do-cancer-4-4a-edicao-2014.pdf>. Acesso em 15 DE JULHO DE 2019.

² O assistente social “atua em equipe com os demais profissionais integrando a equipe de forma multiprofissional (como integrante de uma equipe que trabalha no mesmo espaço profissional) ou de forma interprofissional (como integrante de uma equipe que se constitui através de um exercício profissional articulado junto aos usuários, através da reciprocidade — o que implica troca — e interação entre seus membros) (Vasconcelos, 2015, nota 150, p. 223).

profissionais na atenção domiciliar e sua relação com projeto ético-político profissional.

O profissional de Serviço Social, ao integrar as equipes multi e interprofissionais, pode contribuir para a adesão e efetivação dos cuidados em saúde, na medida em que possua capacidade teórico-metodológica para realizar articulações intersetoriais que possibilitem aos usuários o acesso a bens e serviços – ainda que mínimos -, diante da conjuntura neoliberal que será discutida. Além disso, pode atuar na formação dos sujeitos (profissionais, usuários e familiares) para mobilização e desenvolvimento da chamada “consciência sanitária”³.

Neste sentido, o documento Parâmetros da Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010) indica quatro grandes eixos de atuação: atendimento direto aos usuários (ações socioassistenciais, articulação interdisciplinar e ações socioeducativas); mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação. E afirma:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS, 2010, p. 46)

Desta forma, serão consideradas as perspectivas para atuação dos assistentes sociais em ações de articulação intersetorial, tendo em vista as diferentes expressões da “Questão Social”. Esta, em suas múltiplas e complexas determinações, exige, do profissional, análise teórica crítica na perspectiva de totalidade, para intervir sobre a realidade social dos sujeitos, a fim de proporcionar acesso a direitos, “pois, a partir de sua formação e intervenção, [o assistente social] deixa claro sua capacidade de promover arranjos entre setores” (LIMA, 2015, p. 8).

Reflete-se sobre a efetividade do estabelecimento de mecanismos de AD nos últimos anos para o atendimento das demandas em saúde da população, na medida em que as políticas de ajuste fiscal e a diminuição do acesso aos direitos sociais,

³ Segundo Fleury (1997), o conceito de “consciência sanitária” é estratégico nos anos de redemocratização da sociedade brasileira, como forma de articular questões individuais (do sofrimento causado pelo acometimento de doenças) e coletivas, na perspectiva da cidadania e da luta por direitos. Segundo a autora, esta articulação acontece “entre a experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, portanto, portador de um conjunto de direitos e deveres diante do Estado” (FLEURY, 1997, p. 27).

bens e serviços, empurram a classe trabalhadora para um cenário de extrema pobreza.

O crescimento das demandas em saúde é provocado por diversas questões que se pretende analisar neste trabalho, como o acirramento da questão social na atual conjuntura o envelhecimento populacional. Isto em contraponto com a privatização, burocratização e diminuição do acesso aos serviços de Saúde e as necessidades enfrentadas pelas famílias no cotidiano da vida, em especial, no cotidiano do cuidado em domicílio.

Para compreender a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, serão analisadas as diretrizes, objetivos, princípios e a organização dos serviços de AD, sobretudo, após o estabelecimento do Programa Melhor em Casa em 2011. Serão considerados os enfrentamentos para a articulação entre os serviços de saúde, a integração com outras políticas sociais, participação dos sujeitos envolvidos nos cuidados (profissionais, familiares e/ou rede de apoio e o próprio usuário), inclusive os assistentes sociais.

Recorde-se que, para o próprio Ministério da Saúde (Brasil, 2012, p. 9), após 24 anos da Constituição de 1988, “o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, é fragmentado, é biologicista e mecanicista”. Assim pretende-se discutir o impacto de manutenção de práticas pautadas na contenção de doenças, o que é agravado pela perspectiva de focalização das políticas públicas orientadas pelo ideário neoliberal.

Portanto, faz-se oportuno o aprofundamento do estudo na perspectiva de vislumbrar uma assistência integral e sistematizada, centrada nos usuários do SUS e suas famílias e baseada em suas necessidades e escolhas. Espera-se também contribuir para o avanço de uma prática profissional transformadora entre os assistentes sociais, no campo da saúde, a partir da democratização de conhecimentos e experiências, tendo em vista uma prática mediada por teoria.

Neste sentido, o debate e a produção de conhecimento sobre os cuidados em domicílio se afirma como um espaço privilegiado para produção de conhecimento na área da saúde e um campo profícuo para um exercício profissional que articule as profissões de saúde.

Considerando o exposto anteriormente, intenta-se a compreensão sobre as práticas da Atenção Domiciliar no SUS, problematizando suas configurações e identificando elementos centrais para compreensão dos limites conjunturais, e

identificar também as possibilidades postas no desafio de luta pelos preceitos da Reforma Sanitária. Espera-se, desta forma, que se some às outras pesquisas no campo, que é diverso e interdisciplinar, trazendo subsídios aos debates e destacando seu potencial de aplicabilidade, em concordância com Minayo (1994):

“Entendemos por pesquisa a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 1994, p. 17)

Para tanto, a pesquisa foi desenvolvida com base no método qualitativo⁴ e norteada pela teoria social crítica de Karl Marx, a partir do materialismo histórico-dialético. Nessa direção, foi realizado estudo bibliográfico com uso de revisão integrativa e pesquisa documental.

Para Marx, a produção de conhecimento é um movimento que permite ao pesquisador ultrapassar a aparência dada ao objeto, descobrindo a sua essência (NETTO, 2011). Tal método parte do abstrato ao concreto (do concreto pensado), utilizando a abstração para extrair da totalidade elementos de análise e retirar “do elemento abstraído as suas determinações mais concretas, até atingir ‘determinações mais simples’” (id. p. 44).

Compreende-se que a realidade não é criada, ela já está posta, e busca-se, por meio de processos analíticos, onde é utilizado um arsenal de técnicas e instrumentos, elucubrar a estrutura e dinâmica do objeto pesquisado, a partir da realidade concreta.

No que tange à revisão integrativa da literatura, é um procedimento que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Ela fornece informações amplas sobre um assunto ou problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. O pesquisador elabora uma revisão deste tipo com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular.

⁴ Para Minayo (1994), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (p. 21).

A construção de uma revisão integrativa dá-se em seis etapas distintas, sendo elas: a identificação do tema e a seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca de literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação de revisão e síntese do conhecimento (MENDES et. al., 2008).

Em relação à pesquisa documental, registra-se os conteúdos sem tratamento analítico, a partir dos quais será desenvolvida a investigação e análise (impressos, manuscritos, registros audiovisuais sonoros). Difere assim, do estudo bibliográfico porque ainda não receberam tratamento analítico.

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações indexadas na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), entre os meses de abril e julho de 2019. Os critérios adotados na seleção dos artigos foram os seguintes: todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência etc.); artigos disponíveis, com resumos e textos completos; publicados em português, a partir de 2011 – ano de publicação da portaria que definiu as ações da Atenção Domiciliar no SUS com a criação do Programa Melhor em Casa. Foram utilizados os descritores: “assistência domiciliar” ou “atenção domiciliar” e “sistema único de saúde”. Foram encontrados 89 artigos, nesta etapa do levantamento.

Após proceder à leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 19 estudos que são referenciados no presente texto, atendendo aos seguintes critérios de exclusão: estudos que não atendessem os critérios de inclusão mencionados; pesquisas em cujos objetivos não estivessem explicitamente contempladas análises da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro, conforme objetivo proposto por este estudo. Este material somou-se aos textos de referência da área da saúde e Serviço Social, documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e legislações do campo da Atenção Domiciliar.

Além disso, foram analisados dados coletados no 17º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar⁵ (CIAD), nos dias 09 e 10 de novembro de 2018, em São Paulo. O evento é realizado pelo Núcleo de Assistência Domiciliar

⁵ <http://ciad.com.br>

Interdisciplinar do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - Centro de Convenções Rebouças, anualmente. Na edição de 2018, o evento versou sobre o seguinte tema “Arquitetura do Cuidado: a arte do possível na atenção domiciliar”.

Foi apresentado no CIAD panorama da política por representantes do Ministério da Saúde e profissionais da Atenção Domiciliar. Foram trabalhadas as informações fornecidas durante as atividades do evento, especialmente a palestra: “Melhor em Casa: Panorama Brasileiro”, proferida por Mariana Borges Dias (médica e Coordenadora geral da Atenção Domiciliar do Ministério de Saúde).

1 ESTADO, SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E SERVIÇO SOCIAL

1.1 Estado e Política Social

Para análise da Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde, faz-se necessário compreender a emergência da Saúde como uma expressão da “Questão Social” e, para tanto, é uma análise que deve considerar o papel atribuído ao Estado (BRAVO, 2013, p.118).

Em Gramsci, a análise do Estado capitalista ganha novas formulações. O autor toma a teoria de Marx como fundamento de sua reflexão e busca apreender determinações da realidade, no cenário do desenvolvimento industrial capitalista do século XX, na fase monopolista. O autor leva em consideração as novas abordagens que as esferas sociais, política e econômica absorveram com o desenvolvimento do sistema capitalista. Apesar de refletir sobre o aspecto econômico da intervenção estatal, a ênfase de sua discussão está na política, considerando a conjuntura socioeconômica de seu tempo, a partir de uma perspectiva de totalidade e historicidade, tal como Marx (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010).

Assim, Gramsci buscou dar continuidade ao trabalho de Marx, ampliando a análise sobre as emergentes formas de hegemonia da classe burguesa. Considerou que a esfera da política é submetida à totalidade histórica, sendo impossível entender adequadamente o que nela ocorre sem uma clara referência às demais esferas da sociedade, em particular a esfera das relações sociais de produção. Com isso, o autor “resgata plenamente o princípio marxiano da totalidade” (COUTINHO, 1992, p. 112).

Segundo Coutinho (1992), Gramsci elaborou respostas para os principais temas da ciência política contemporânea. Refere que sua teoria ampliada e o entendimento de hegemonia poderiam auxiliar a pensar o tipo de crise de legitimidade do capitalismo contemporâneo, onde Gramsci aponta que, crises não resultam apenas de fatores econômicos e que esses conduzem à perda de legitimidade e de hegemonia; e, sem legitimidade, uma sociedade "ocidental" não pode funcionar regular e normalmente. Assim, a teoria "ampliada" do Estado - concepção de que o poder estatal contemporâneo não se esgota nos aparelhos

repressivos e coercitivos, mas se difunde pelo conjunto da 'sociedade civil - é decisiva para a teoria política moderna. Tal conceito permite uma análise dos problemas de legitimação. Esta perspectiva vem amparando análises sobre a construção da política de saúde no Brasil desde o período que antecede a Constituição Federal de 1988.

Segundo Bravo (2013), o capitalismo transforma as práticas em saúde. O atendimento aos trabalhadores, antes sob a responsabilidade da Igreja, é progressivamente assumido pelo Estado, a partir do desenvolvimento das forças produtivas e da organização da classe trabalhadora, que coloca em pauta reivindicações por melhores condições de vida e de trabalho.

Nessa perspectiva, os autores Montañó e Duriguetto (2010) afirmam que é a partir da socialização da política que a sociedade civil – compreendida como representação e organização para defesa dos interesses de classe – ganha novas determinações e é absorvida pelo Estado, no sentido mais amplo, para além dos mecanismos de coerção e repressão, estendendo para a superestrutura, na busca da tomada da direção social e de hegemonia que possibilite a perpetuação e o desenvolvimento do modo de produção capitalista.

Desta forma, com base nas relações de produção, entende-se a perspectiva de Gramsci sobre a constituição da sociedade civil como arena de lutas e conflitos de interesses de classe em busca de hegemonia; ou seja, da adesão voluntária ao projeto da classe dominante. Isso porque, como mostra Gramsci, para que uma classe se torne dominante, antes ela tem que se tornar hegemônica.

Para tanto, na disputa entre os projetos societários, o consenso assume papel fundamental para o assentimento dos setores subalternos e isto se dá por meio dos chamados “aparelhos privados de hegemonia” (sindicatos, partidos, mídia, religião). Neste sentido, Carnoy afirma que, em Gramsci, “o Estado é, simultaneamente, um instrumento essencial para a expansão do poder da classe dominante e uma força repressiva (sociedade política) que mantém os grupos subordinados fracos e desorganizados” (1988, p. 98).

Com isso, a sociedade civil é compreendida como campo - fracionado pela própria dinâmica do capitalismo - dos esforços sociais dedicado a organizar politicamente os interesses de classe e projetá-los em termos de ação hegemônica. Ela não se sustenta fora do campo do Estado e muito menos em oposição

dicotômica e, assim, como uma figura do Estado, modifica a natureza do fenômeno estatal, ou seja, se articula dialeticamente no e com o Estado.

De acordo com Freire (2012, p. 171):

Hoje, ao analisarmos o caráter do regime desse final de século no Brasil, podemos dizer que a hegemonia se pôs como possibilidade, como virtualidade, construída ao longo dos anos. Uma vez mais, entretanto, ela escapa mesmo às classes dominantes e grupos dirigentes que tentam traduzir, na política, a dominação em hegemonia.

Assim, ao “definir[-se] como consensual a adesão a tais aparelhos de hegemonia e ao caracterizá-los, ao mesmo tempo, como momentos do Estado ‘ampliado’ – introduz [-se] uma clara dimensão contratual no coração da esfera pública” (Coutinho, 1996, p. 138). A hegemonia, neste sentido, não se confunde com mera dominação; tem um aspecto ideológico, ético e moral que envolve as perspectivas que os sujeitos individuais e coletivos possuem sobre o mundo e a sua inserção na sociedade.

Um dos mecanismos de manutenção da hegemonia são as políticas sociais, que se configuram como meio privilegiado de intervir nas expressões da questão social. As políticas sociais surgem no século XIX, determinadas pela ascensão do capitalismo industrial e com ele a classe burguesa. Mas é durante a fase monopolista do capital que estas políticas se ampliam com o estabelecimento de patamares diferenciados de proteção social (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

No período pré-industrial, as “forças do mercado” ainda não se configuravam como “mão invisível” na regulação dos problemas sociais e por isso algumas iniciativas – até mesmo um aparato legal- traziam a possibilidade de regulação dessas questões com um viés segregador, punitivo e marginalizante. Leis como a Lei dos Pobres, de 1834, eram marcadas pela meritocracia e justificadas pelo “dever moral e cristão” (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 49).

O capitalismo altera a relação entre trabalho e a vida como um todo, suprimindo do primeiro “seu sentido como processo de humanização”. O trabalho útil, vivo, que estabelece a relação do homem com a natureza para atendimento de suas necessidades produzindo o valor de uso (o trabalho concreto), assume a condição de trabalho gerador de valor de troca. O trabalho na ordem burguesa é atravessado e ressignificado pelos interesses de classe, da classe burguesa, e o seu empenho indiscriminado em gerar lucro por meio da extração da mais-valia e a detenção dos meios de produção.

O capitalismo industrial, pautado nos ideais liberalistas, submete a parcela mais vulnerável e empobrecida da classe trabalhadora à “servidão da liberdade sem proteção”. Assim, os padrões de proteção social que surgirão a partir das lutas e da mobilização da classe trabalhadora neste cenário se manifestam como concessões da classe burguesa, na realidade, pelo interesse na garantia da reprodução social dos segmentos necessários à produção e, também, para minimizar os conflitos gerados pela exploração da força de trabalho e pelas condições vis de vida a que, até os dias atuais, está submetida a massa trabalhadora. Com isso, buscavam, ainda, a dissuasão e desmobilização de classe.

Enquanto o projeto capitalista de expansão e acumulação de capital progredia em profunda exploração e insustentáveis jornadas de trabalho, os trabalhadores se percebiam como classe, o que desencadeou greves e manifestações. Assim, o emergente sistema de proteção social, da segunda metade do século XIX, é marcado por intenso conflito entre as classes.

Neste contexto, o conflito entre o capital e o trabalho passa a ser tratado como “Questão Social”, alvo de intervenções estatais com aparato legal, e passa a ser enfrentado no âmbito da “igualdade de oportunidades” e não igualdade de condições. Neste sentido, a “mão invisível” do mercado passa a realizar suas concessões por meio de uma “débil intervenção do Estado”, intervenção que tem como características: predomínio do individualismo - a ideia de que o bem-estar individual maximizaria o coletivo; liberdade e competitividade; naturalização da miséria; predomínio da lei da necessidade, com a manutenção de um Estado mínimo e a ideia de que a política social é um problema e um desperdício e como tal deve ser paliativa. (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 61).

Esta mudança no papel do Estado tem relação com o novo contexto político e econômico e as lutas de classe provocadas por ele. Também por isso, as políticas sociais assumiram feições diferentes de acordo com a organização da classe trabalhadora. Quanto mais organização e mais consciência de classe, mais pressão exerce sobre o capital e maiores são as concessões e o atendimento às necessidades sociais gestadas no bojo da exploração capitalista.

Neste sentido, o modelo bismarkiano é descrito como uma “‘novidade’ na intervenção estatal”, a partir de 1883. Este modelo pautado em uma lógica de seguro público obrigatório, apesar de não contemplar todas as categorias profissionais e estar vinculado à inserção formal no mercado de trabalho e

condicionado à contribuição, se configura como um avanço na negociação com o capital. A partir de então, algumas demandas dos trabalhadores passam a ser alvo de investimento público com reconhecimento legal. Além disso, contribuiu para a proliferação destas iniciativas em outros países.

Em 1929, durante a Grande Depressão, o padrão liberalista entra em crise, tendo como um de seus marcos a quebra da Bolsa de Valores, de Nova York. Este período foi um divisor de águas para grandes transformações no modo de produção capitalista, instaurando um questionamento do liberalismo clássico que impulsionou o desenvolvimento industrial. Tal movimento empenhou proposições no intuito de conter a crise capitalista, a partir da ampliação da intervenção Estatal na provisão de políticas sociais.

Como será discutido a seguir, o Brasil não se vivenciou o padrão europeu de Welfare State, com uma proteção social mista integrando uma lógica de seguro, em contraponto com a necessidade de universalização dos direitos sociais, contexto em que as condições socioeconômicas são agravadas pelo “frágil assalariamento, baixos salários e desigualdades sociais agudas” (BOSCHETTI, 2009, p. 11).

1.2 A trajetória da Seguridade Social brasileira

A trajetória da política social brasileira no início do século passado é marcada pelos primeiros sindicatos (1903), pela influência dos imigrantes europeus na organização da classe trabalhadora brasileira e pela intensificação da correlação de forças, até o marco da década de 20 deste século, com a Lei Eloy Chaves, que estabelece as Caixas de Aposentadorias e Pensões ((BEHRING e BOSCHETTI, 2011). Esta, uma iniciativa que regulariza a situação previdenciária dos trabalhadores formalmente inseridos no mercado. Primeiro organizados por empresas e depois por categorias, os trabalhadores adquirem maior organização na luta pela ampliação dos direitos sociais, o que, mais tarde, se torna uma luta por direitos civis e políticos, durante a ditadura militar (1964-1985).

As políticas sociais no Brasil são impulsionadas pelo advento da intervenção estatal, como parte do processo de modernização conservadora, impulsionado em 1930. É neste cenário também que surgem as primeiras escolas de Serviço Social no país, em São Paulo (1936) e Rio de Janeiro (1937), em decorrência das práticas de assistência aos trabalhadores, fortemente influenciadas pela Igreja Católica.

A Seguridade Social no Brasil foi delineada no texto constitucional como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social” (BRASIL, 1998, artigos 194 e 195). A conquista dos direitos sociais inscritos na Constituição brasileira pela classe trabalhadora pode ser analisada a partir da perspectiva de socialização da política (organizações de classe, movimentos, sufrágio universal) e da chamada de “catarse”, que se realiza trazendo a perspectiva da contra-hegemonia e a organização da classe trabalhadora. (MONTANO E DURIGUETTO, 2010, p. 48).

Neste sentido, a análise da Seguridade Social brasileira realizada por Boschetti (2009) nos auxilia na compreensão sobre o desenvolvimento da classe trabalhadora e, por conseguinte, a relação estabelecida entre Estado-sociedade na cena contemporânea. O desenvolvimento da sociedade capitalista está relacionado com a organização social do trabalho e projeção da classe trabalhadora na esfera da participação social, guardadas as devidas proporções e especificidades decorrentes de questões estruturais do capitalismo em cada sociedade.

Ainda assim, Pereira (2012) afirma que “foi por meio da incorporação da questão social na agenda política e de sua paulatina transformação em questão de direito, que a integração do Estado com a sociedade civil tornou-se uma realidade irrecusável” (p. 37), no país, ratificando a compreensão sobre a “ampliação” do Estado, a partir da absorção da sociedade civil, para além da sociedade política e dos aparelhos repressivos tão presentes no período da autocracia burguesa.

Para Freire (2012), a violência em regimes ditatoriais violentos é utilizada pela ausência de hegemonia, pois estes necessitam de uma medida de consenso para se estabelecerem, mas esse consenso é inferior ao consenso trazido pela hegemonia, pela tomada da direção social, como ocorreu com a implementação de aparato de políticas sociais nos períodos pós década de 30 e pós 64, do século passado. A autora afirma que “ditadura é tudo, menos hegemonia” (p. 171) o que ratifica a importância da discussão sobre hegemonia, para a compreensão das concessões realizadas pelo capital por meio da supressão do regime autocrático e do início de um novo padrão de regulação estatal, a partir do advento da Constituição Federal de 1988.

Nos anos 90 do século XX, assistiu-se o redirecionamento do papel do Estado, já no contexto do avanço das teses neoliberais. Apesar de a Constituição

de 1988 trazer avanços recentes e uma perspectiva de ampliação do acesso aos direitos, há um forte ataque por parte do grande capital. As políticas de ajuste fiscal, tal como a Reforma da Previdência Social e as alterações abjetas na legislação trabalhista, são exemplos da investida para a manutenção e o desenvolvimento do capitalismo.

A desregulamentação do trabalho atende aos interesses do capital na medida em que o tempo do trabalho é o valor no modo de produção vigente. Diminuir o tempo de trabalho necessário à produção significa produzir mais mercadorias com a diminuição dos custos produtivos.

O “encolhimento” do Estado para o trabalho é expressão histórica das necessidades crescentes de valorização do capital e realização da mais-valia, o que se relaciona com o conceito de Estado mínimo, onde as funções de proteção social são reduzidas, focalizadas e descentralizadas.

Segundo Yazbek (2004), o sistema de proteção social é insuficiente e as expressões da questão social não são passíveis de resolução nessa ordem societária baseada na exploração da força de trabalho pelos poucos que detém os meios de produção; os muitos que são expropriados possuem apenas a sua força de trabalho para vender ao capital, os quais têm suas condições de vida e de trabalho cada vez mais barbarizadas pela desregulamentação dos direitos trabalhistas e definição de mínimos necessários à sobrevivência de quem trabalha e de quem é descartado pelo capital: os seguimentos mais vulneráveis.

Com o desenvolvimento tecnológico, a expansão capitalista produz, gradativamente, uma população sobrando, descartando parte da mão-de-obra e acirrando as condições de pobreza dos trabalhadores. Além dos trabalhadores inseridos diretamente na produção de mercadorias, o capitalismo conserva um “exército industrial de reserva”, que coloca os trabalhadores em uma condição de força de trabalho flutuante, diminuindo os custos para o capital e fazendo com que os trabalhadores aceitem quaisquer condições de trabalho, por mais degradantes e desregulamentadas que estas sejam.

Assim, a produção da superpopulação que ultrapassa as necessidades do desenvolvimento da classe burguesa – excedente não incluído no mercado formal de trabalho e assistido por um aparato legal (que também atende aos interesses da burguesia), é essencial à ascensão desta classe, enquanto classe dominante.

Desta forma, a reflexão aqui desenvolvida não poderia prescindir da análise das configurações assumidas pelas políticas sociais e da apreensão das transformações do modo de produção capitalista, concordando que “a saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho na sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social” (BRAVO, 2013, p. 16).

Como mostra Yazbek (2004), “a violência da pobreza é parte de nossa experiência diária” (p.35), que traz o direito para a ótica do favor e mantém o atendimento às necessidades da classe trabalhadora no campo do “dever moral de ajudar os incapazes”, em um movimento de despolitização da abordagem da questão social.

Compreende-se, com isso, que os direitos sociais, garantidos legalmente na Constituição de 1988, são frutos de grande mobilização popular em busca da redemocratização do país, após os vinte e cinco anos sob o regime da ditadura militar. A conquista da Saúde como direito, por exemplo, contou com a participação de diversos seguimentos da sociedade que se fizeram presentes e protagonizaram, também, a luta pela retomada da democracia. Dentre estes sujeitos estavam movimentos sociais relacionados a diversos seguimentos da sociedade, sindicatos, partidos e o movimento popular pela democratização da saúde, conhecido como Movimento de Reforma Sanitária, abordado, a seguir.

1.3 A Política de Saúde como perspectiva de ampliação da cidadania

O processo de redemocratização do país inaugurou uma nova fase da Política de Saúde que contou com a participação de diversos setores da sociedade civil. Houve um amplo debate sobre as condições de vida da população brasileira e ampliação significativa das propostas governamentais para a saúde.

A defesa e o posterior reconhecimento do direito universal à saúde, o reforço da noção de cidadania e a sua vinculação ao conceito de seguridade social, introduziram mudanças significativas na relação Estado-sociedade no Brasil a partir do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008, p. 294).

A Reforma Sanitária nasceu na luta contra a ditadura. O tema Saúde e Democracia estruturou-se na universidade, no movimento sindical, nos movimentos sociais. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de vários segmentos da sociedade civil discutiram um novo

modelo de saúde para o Brasil, consolidando o Movimento de Reforma Sanitária, com a participação dos profissionais de saúde, do movimento sanitário representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, de partidos políticos e movimentos sociais (PAIM, 2008).

A promulgação da Constituição de 1988 garantiu ao cidadão o direito à Saúde e, com ela, ocorreu a instituição de um novo modelo de gestão e atendimento com o direcionamento dos pressupostos da Reforma Sanitária, o que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), figurando como integrante da Seguridade Social.

O Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado com a promulgação da Lei 8.080 de 1990, é uma formulação política e organizacional para o ordenamento dos serviços e ações de saúde. Propõe a universalização do direito à Saúde, através de um sistema racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas que tenham caráter democrático com a participação da população.

Os princípios que regem o SUS são a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação popular e política de recursos humanos. E os princípios que regem a sua organização são: regionalização e hierarquização; resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade. Tais princípios representam a lógica social do padrão de proteção social brasileiro.

A lógica de universalização de direitos sociais não está condicionada a contrato de contribuição (lógica do seguro). A ampliação desta perspectiva “pode garantir mais, ou menos, acesso a direitos, quanto mais se desvencilhar da lógica do seguro e quanto mais assumir a lógica social” (BOSCHETTI, 2009, p.05).

Nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) determina:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Artigo 3º).

Com isso, entende-se o direcionamento assumido pela política de Saúde a partir do processo de redemocratização e consolidação das propostas da Reforma Sanitária, como experiência de ocupação dos espaços de controle e mobilização por direitos sociais, que trouxe rebatimentos na ampliação da cidadania e

desenvolvimento de um seguimento da classe trabalhadora e, por conseguinte, na ampliação das funções da regulação estatal na área da Saúde, assumindo um patamar diferenciado em relação às outras políticas.

Parece assim que, ao assumir o dever pelo provimento das “condições indispensáveis para o pleno exercício” (BRASIL, 1990, artigo 2º) do direito à saúde, dentre outros direitos sociais, o Estado atende ao redirecionamento da classe dominante no que tange aos “aparelhos privados de hegemonia” com a perspectiva de ampliação da legitimidade, na luta pela hegemonia.

Para ratificar as referidas considerações, recorre-se a Paim (2008) que realiza amplo e complexo exame sobre a Reforma Sanitária, identificando-a como proposta “resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde” (p. 173) e, simultaneamente, projeto (inscrito no marco da 8º Conferência de Saúde), movimento e processo.

A obra do referido autor foi de suma importância para realizar a relação com o pensamento de Gramsci. Isto porque, nela, o autor define a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) como reforma social, onde se assentam as seguintes pautas (p. 173):

- a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;
- b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;
- c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Arrematando o raciocínio, o referido autor demarca o caráter civilizatório do projeto da Reforma Sanitária Brasileira “articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo” (p. 173), o que ratifica o potencial “catártico” deste movimento da classe trabalhadora. Esta experiência ainda em curso, com um complexo de limites e desafios, inspira a mobilização para a constituição do “bloco histórico”, sendo a hegemonia um elemento central na estratégia gramsciana de

transição para o socialismo. Sobre os limites de implantação desta política, Paim (2008) indica:

Sem recusar as inovações institucionais decorrentes dessa “nova hegemonia” nem o alargamento das bases sociopolíticas da RSB com a entrada de novos atores na cena política, há que se registrar a insuficiência dos mesmos para sustentar o seu processo de modo orgânico ao seu projeto. Consequentemente, na discussão das estratégias voltadas para a RSB impõe-se reexaminar as suas bases sociais e políticas, bem como seus possíveis deslocamentos em distintas conjunturas. (p. 283)

No entanto, observa-se o colapso que acomete a saúde pública por meio da situação caótica apresentada pelas instituições de saúde com a superlotação dos hospitais e a ausência de infraestrutura para um atendimento adequado da população. Além disso, as condições de trabalho precárias a que são submetidos os profissionais de saúde acaba por agravar ainda mais a situação. Desta forma, o postulado de integração entre as políticas públicas para o atendimento das necessidades de saúde, individuais e coletivas, da população, construído historicamente, vem sendo desconstruído por forças políticas e ideológicas neoliberais, desde 2016.

Assim, a implementação do projeto de Reforma Sanitária vem sofrendo retrocessos significativos, o que impacta diretamente nas condições de mobilização da classe trabalhadora, na medida em que tem efeitos sobre as possibilidades de reprodução da própria vida, se considerarmos o conceito ampliado de saúde presente na Constituição.

O processo de contrarreforma do Estado vem acompanhado de uma série de privatizações do setor público estratégico, ampliação da atuação da iniciativa privada, entrega de atividades administradas e financiadas pelo Estado às Organizações Sociais de Saúde (OSS). Este processo tem ocorrido em todo o mundo em diversos graus e vem sendo orquestrado por organismos internacionais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial de Saúde (BRAVO, 2007).

Assim, o SUS foi, e ainda é, alvo das contrarreformas neoliberais, hoje radicalizadas no Brasil. Contrarreformas que têm atacado o caráter universal e público do SUS, visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde, ameaça dos direitos sociais, desregulamentação, o que, trazendo prejuízos à classe trabalhadora, limita o controle social e propicia o desvio de recursos públicos, como

tem sido apontado por diversos estudos que mostram a participação das Organizações Sociais de Saúde no SUS (Ver Mattos, 2012).

Segundo Bravo e Matos (2012), a partir da ofensiva neoliberal da década de 1990, dois projetos de saúde marcam a trajetória da Saúde Pública no Brasil: o Projeto da Reforma Sanitária – vinculado ao processo de redemocratização brasileira, desenhado na década de 1980 com marco na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e inscrito na Constituição Federal em 1988 - e o Projeto Privatista - que realiza as diretrizes neoliberais, articulado ao capital, atendendo aos interesses da classe dominante.

As características do projeto que defende os interesses de acumulação do capital são a focalização, a descentralização e a privatização dos serviços de saúde, a partir do estímulo ao seguro privado, repasse da responsabilidade do Estado às Organizações Sociais de Saúde (OSS). Esta perspectiva de saúde é pautada na ideia de Estado mínimo: mínimo para o trabalho e máximo para o capital. Como afirmam Netto & Braz (2006, p.237), o objetivo real do capital “não é a ‘diminuição’ do Estado, mas a diminuição das funções estatais *coesivas*, precisamente aquelas que respondem à satisfação dos direitos sociais”, onde o Estado é mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

A proposta de política de Saúde é reconfigurada a partir das transformações no papel do Estado e, principalmente, no que tange à sua relação com o mercado. A Saúde pública permanece atrelada ao mercado, que demarca parcerias com a sociedade civil, ao atribuir a mesma a responsabilidade pelo ônus das crises do capital, ao capital e ao trabalho. A refilantropização é uma expressão disto, o que leva à utilização da “mão de obra” voluntária, com o intuito de minimizar os custos do enfrentamento das diferentes expressões da questão social.

Esta percepção nos leva a problematizar a relação que se estabelece entre as *políticas públicas* - engessadas pela burocratização -, a *execução das ações intersetoriais* -“a ponta do atendimento”- e as *interfaces profissionais* - limitadas a meros contatos pessoais, para atendimento às necessidades individuais dos usuários dos serviços no encaminhamento a recursos institucionais isolados. A integralidade pressupõe acesso aos diversos níveis de atenção, bem como a articulação entre as práticas preventivas e curativas na busca pela construção de um projeto terapêutico individualizado, além de se configurar como uma das

diretrizes do SUS, para a organização de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada (MATTOS, 2004).

Infelizmente, o que se assiste na realidade dos serviços de saúde é a priorização das ações curativas, em detrimento das preventivas, ainda que essas possibilitem a melhoria da qualidade de vida e a antecipação de doenças que muitas vezes levam indivíduos e famílias a situações limítrofes e quadros clínicos irreversíveis.

Segundo Buss e Filho (2007, p.81), as políticas tendem a focalizar as ações em saúde e provocar uma constante tensão entre o modelo médico biológico e as abordagens que consideram os fatores socioeconômicos e ambientais, desafiando pesquisadores a “estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas”.

Nesta perspectiva, a integralidade envolve um duplo movimento: apreender, de modo ampliado, as necessidades de saúde e analisar os serviços de saúde do ponto de vista do outro, os usuários dos serviços. Para a garantia do cuidado integral, é preciso viabilizar o acesso dos usuários aos diversos níveis de atenção à saúde, o que se efetiva pelo trânsito entre a Atenção Básica e Alta Complexidade⁶ (passando pela atenção de média complexidade). Atenção Básica que, conforme o CONASS, “é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade” (BRASIL, 2007, p. 16)

Desta forma, percebe-se que, apesar de orientadora do sistema de saúde e “porta de entrada” aos demais níveis de atenção, a Atenção Básica não esgota as

⁶ A Alta Complexidade, segundo publicação do Ministério da Saúde (BRASIL 2009, pág. 32), abrange as seguintes áreas na organização em redes do SUS: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida.

necessidades de saúde da população que, com perfil epidemiológico marcado pelo percentual elevado de doenças crônicas e pelo envelhecimento da população, frequentemente, demanda procedimentos e tecnologias mais complexas. Como podemos apreender em Buss e Filho (2007), os determinantes sociais de saúde envolvem, na sua complexidade, *fatores individuais* - passíveis de modificação (uso de álcool e tabaco, alimentação, entre outros) e *fatores coletivos* - relacionados à conjuntura política e socioeconômica; conjuntura que permanece inalterada diante das políticas de ajuste e desigualdade social (distribuição de renda, acesso a saúde, acesso à educação).

Para Mattos (2004), a assistência à saúde está relacionada a uma demanda espontânea baseada no sofrimento individual, para tratamento da doença, o que reflete em uma construção coletiva sobre os serviços de saúde e os profissionais de saúde. Já as ações preventivas estão vinculadas ao conhecimento; antecipam a experiência do sofrimento, fazendo uso das tecnologias em saúde e se baseando na oferta de serviços. Devem contemplar o diálogo e a negociação de ações que correspondam às reais necessidades de saúde da população e considerem os fatores biopsicossociais.

Para os profissionais, isso [atendimento às demandas espontâneas em articulação com oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos] significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir das experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção. (MATTOS, 2004, Pág.1413)

Desse modo, compreendemos que as pessoas que buscam os serviços de saúde são sujeitos que possuem necessidades sociais e modos de vida imbuídos da relação que estabelecem entre si, com a sociedade e com a natureza. Como sujeitos de direito, demandam práticas progressistas e emancipadoras, que potencializem o protagonismo de usuários, familiares e/ou cuidadores. Diante da ordem capitalista que submete a vida a uma condição marginal, cabe refletir sobre o papel das equipes multiprofissionais, sobretudo a participação dos assistentes sociais que figurou como ponto de partida na discussão desta temática, para a efetivação dos preceitos da Reforma Sanitária, no Sistema Único de Saúde.

Yazbek (2004, p. 37) afirma que “não há rupturas no cotidiano sem resistência, sem enfrentamento” e é nesta resistência que se colocam os desafios do cotidiano de trabalho dos trabalhadores do SUS e dos assistentes sociais.

O Projeto Ético Político dos assistentes sociais brasileiros, ao colocar como finalidade a emancipação humana e ao expressar seu compromisso com a classe trabalhadora - da qual é parte integrante e sofre todo o tipo de refração- assume, conseqüentemente, a defesa do SUS constitucional. Isso requer, da categoria profissional, em aliança com os demais profissionais e técnicos da saúde, estratégias efetivas para a superação da defasagem, entre “a concepção teórico-metodológica totalizante e ontológica” e os homens/mulheres com os quais nos deparamos “na vida de todo dia nas mais diversas situações” (Idem, p. 39).

1.4 Política de Saúde, profissões de saúde e Serviço Social

De acordo com Vasconcelos (2010),

Faz parte dos deveres dos assistentes sociais a democratização de informações relevantes –individuais e coletivas – que guardam relação com os interesses e necessidades históricos dos trabalhadores. A questão está em definir e priorizar informações e conhecimentos relevantes e democratizá-los de forma que possam servir de instrumentos de indagação e ação sobre a realidade; informações e conhecimentos, na saúde, para além do processo de saúde-doença do indivíduo tomado de forma fragmentada e isolado do segmento e da classe à qual pertence. (VASCONCELOS, 2010, p. 16)

Nesta perspectiva, é mister compreender o papel do assistente social e demais profissionais de saúde na política de saúde, em especial na Atenção Domiciliar. Os profissionais integram as equipes de saúde e contribuem para a adesão ao tratamento, por meio da inserção em políticas sociais públicas e acesso a bens e serviços que melhorem a qualidade de vida dos usuários dos serviços. No que se refere ao assistente social, além disso, através da democratização de conhecimentos e informações das áreas Humanas e Sociais, atua diretamente na formação dos sujeitos (profissionais, usuários e familiares) para mobilização e fomento da chamada “consciência sanitária”. Assim fica claro que, como afirma lamamoto (2002, p. 41)

é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais [...] são as diferenças de

especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças.

Na AD, o diálogo entre os profissionais e desses com as redes de atenção é imprescindível na perspectiva da integralidade para o cuidado desenvolvido no domicílio das famílias. Fora da estrutura hospitalocêntrica, estes usuários não têm “à sua disposição” uma equipe de profissionais de saúde, como quando se deslocam até os serviços, onde, muitas vezes, poderão ser atendidos por mais de uma categoria profissional em um mesmo dia.

Aqui cabe dizer que não é o aglomerado de categorias profissionais que possibilita a integralidade do cuidado em saúde. Na maior parte das vezes, o diálogo entre os profissionais nos serviços se dá de forma hierarquizada e com trocas pontuais, alcançando – no máximo - um patamar de trabalho multiprofissional. Para que o trabalho seja plural e contribua com o atendimento às necessidades de saúde dos trabalhadores usuários do SUS, é necessário diálogo, cooperação, organização e convergência em relação aos objetivos das práticas profissionais.

Cabe registrar que os profissionais de saúde ⁷possuem perspectivas diferentes no que tange aos usuários dos serviços e a sua base ética. Isto porque, diferente do Serviço Social que possui um posicionamento bem definido em relação à Saúde como um direito da classe trabalhadora, os demais profissionais de saúde estão amparados ainda em uma base ética bastante conservadora (VASCONCELOS, 2012).⁸

Isto posto, é necessário ressaltar que, diante das ameaças constantes aos princípios da Reforma Sanitária, torna-se necessário ampliar os espaços de formação continuada dos profissionais de saúde onde o cenário de sucateamento dos serviços seja problematizado e os valores e princípios inscritos no SUS sejam reforçados. Para Vasconcelos (2012), a “coerência entre a dimensão social e profissional é imprescindível para a realização dos valores” (p. 55) éticopolíticos comprometidos com uma sociedade mais justa.

⁷ Na Resolução do Conselho Nacional de Saúde, n. 218, de 6/3/1997, as seguintes profissões são reconhecidas como profissões da área da saúde: assistentes sociais, biólogos, profissionais de Educação Física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

⁸ Sobre os códigos de ética dos profissionais de saúde, reconhecidos pelo Conselho Nacional de Saúde em 1997, ver Vasconcelos (2012).

Nesta perspectiva, no segundo volume dos Cadernos da Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013), são indicadas três dimensões: profissional, organizacional e sistêmica. Dimensões estas que estão relacionadas, respectivamente, à relação entre os sujeitos diretamente envolvidos no cuidado (usuários familiares/cuidadores e profissionais de saúde); ao estabelecimento de saúde e as práticas institucionais desenvolvidas; e à interlocução com os outros níveis de atenção em saúde.

No tocante à dimensão profissional, considerada “núcleo duro” na “gestão do cuidado” (p. 10), cabe assinalar que o documento aponta como atravessamentos e fatores externos a questão organizacional, religiosa e de formação profissional, sem mencionar, em nenhum momento, a conjuntura atual da saúde e as questões socioeconômicas e ambientais degradantes a que são submetidos os trabalhadores que demandam atendimento em domicílio.

Soma-se a isso, a violência das políticas de ajuste fiscal e a deficiência de recursos humanos da grande maioria dos estabelecimentos de saúde e de outras políticas públicas, com cortes arrasadores no número de profissionais nos equipamentos de Saúde, sobretudo na Atenção Básica⁹. Apesar do Programa Melhor em Casa não se apresentar como um substitutivo da Estratégia Saúde da Família, com a progressiva desestruturação e desinvestimento na Atenção Básica, os usuários e familiares não elegíveis ao programa (dentre outros, pelo nível de complexidade do cuidado) seriam absorvidos pelo programa ou ficariam descobertos e o atendimento em domicílio retornaria ao patamar de “programa de governo” – como o Programa Saúde da Família antes de se tornar Estratégia Saúde da Família – ou invés de atender ao movimento de reorganização dos serviços de saúde implementado pelo SUS.

No que tange ao trabalho das equipes de saúde na AD, os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) indicam, dentre as ferramentas de gestão do cuidado, a Clínica Ampliada. Como se pode perceber com a participação dos profissionais neste dispositivo, “toda profissão faz um recorte de sintomas e informações, de acordo com seu núcleo profissional”. Ampliar a clínica significa

⁹ Em janeiro deste ano, a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro demitiu, aproximadamente, 500 profissionais de saúde, em uma reestruturação que previa a extinção de 1.400 postos de trabalho na Atenção Básica a Saúde. Sobre isso, ver reportagem “Prefeitura do Rio inicia demissões na saúde básica e profissionais continuam em greve”, de 24 de Janeiro de 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/01/24/prefeitura-do-rio-inicia-demissoes-na-saude-basica-e-profissionais-continuam-em-greve/>

também ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários (BRASIL, 2013, p.14).

Segundo Matos (2017), é na década de 90 que o assistente social incorpora os princípios da Reforma Sanitária. O que nos parece bastante tardio, tendo em vista a perspectiva ampliada de saúde, com a consideração dos determinantes sociais de saúde no processo saúde-doença e como essa perspectiva coaduna com os valores do projeto ético-político profissional e o trabalho do assistente social na luta pela ampliação do acesso aos direitos sociais, bens e serviços, como vimos acima.

Cabe lembrar que o Serviço Social surge no Brasil na década de 30 e se desenvolve a partir da década de 1940, com influência europeia e norte-americana, respectivamente. Marcado pela expansão industrial, o Serviço Social atende a uma necessidade do capital de dar respostas à questão social (cujas expressões se tornam seu objeto de intervenção), ratificar a ordem e maximizar os mecanismos de controle da classe trabalhadora. O Serviço Social se inscreve na divisão social e técnica do trabalho e legitima-se em uma perspectiva tecnicista de matriz funcionalista.

Mas, é importante destacar que, assim como os assistentes sociais, todos os profissionais de nível superior, como afirma Vasconcelos (2015, p.20) “veiculam valores, conhecimentos, habilidades que, a depender da direção social que referencia o sujeito profissional, reforçam uma das classes fundamentais no capitalismo: as classes trabalhadoras ou a classe burguesa”.

Desta forma, os profissionais de saúde se configuram como intelectuais/trabalhadores contribuem com a redistribuição da mais-valia, via fundo público, com a “mediatização” dos serviços na ratificação da ordem vigente, por meio de práticas alienadoras e disciplinadoras. Ao integrarem o trabalho coletivo, participam da produção do valor, cujo efeito útil é o próprio trabalho que transforma a realidade dos usuários nos serviços, ainda que haja uma “(...) disjunção entre intervenção e remuneração, entre quem demanda e quem recebe os serviços, como destacado por Iamamoto (1995, p. 84), com relação ao assistente social.

Sobre o Serviço Social, a partir da década de 1970, com a aproximação com a teoria social crítica de Marx e coadunando com o movimento de Renovação Latino-Americano, parte da categoria questiona e enfrenta seu passado conservador, sendo o marco, em 1979, o Congresso da Virada. O projeto

profissional em construção, a partir deste período, amadurece na década seguinte e materializa seu compromisso com a classe trabalhadora no Código de Ética de 1986, o que é reafirmado em 1993, década em que o denominado projeto ético político do Serviço Social brasileiro se consolida.

O documento do Conselho Federal de Serviço Social, Parâmetros da Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010), indica frentes de atuação para os assistentes sociais na saúde, divididas nos seguintes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Tal documento trouxe grande contribuição para a formação e orientação dos profissionais da área, no horizonte da sistematização de práticas resolutivas e condizentes com o Código de Ética Profissional.

Além disso, educação em saúde é um espaço pouco apropriado pela categoria, devido à sobrecarga de atividades burocráticas e insuficiência de recursos humanos. Considerando a importância de discutir os desafios para consolidação do SUS e ampliar a compreensão dos profissionais de saúde sobre os valores e princípios da Reforma Sanitária, a participação dos assistentes sociais se torna essencial, tendo em vista o potencial criativo e propositivo dos profissionais e sua capacidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

A tabela a seguir ilustra a descrição dos eixos de atuação dos assistentes sociais na saúde, contidos no documento do CFESS.

Tabela 1 - Eixos de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde

Atendimento direto aos usuários	<p>ações socioassistenciais</p> <p>Principais demandas para os assistentes sociais, diante das contradições geradas pela contrarreforma do Estado (precariedade dos serviços, burocratização, ênfase na assistência curativa, mais trinômio: focalização, privatização e descentralização)</p> <p>A <u>avaliação socioeconômica</u> dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços.</p>
---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>As <u>visitas domiciliares</u> são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorece uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias</p>
	<p>articulação interdisciplinar</p> <p>A articulação interdisciplinar trata do diálogo entre as "disciplinas" / campos de conhecimento. Nestas ações o assistente social busca elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais, com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário.</p>
	<p>ações socioeducativas</p> <p>Essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática. Devem-se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Dessa forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária.</p>
<p>mobilização, participação e controle social</p>	<p>As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde. Envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulação com movimentos sociais.</p>
<p>investigação, planejamento e gestão</p>	<p>As investigações realizadas têm por objetivo alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional. A contribuição do profissional de Serviço Social na gestão e no planejamento busca a intersectorialidade, na perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social.</p>
<p>assessoria, qualificação e formação profissional</p>	<p>As atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente.</p>

Fonte: Elaboração Própria (CFESS, 2010)

Compreende-se que os profissionais de saúde, assim como o assistente social, desenvolvem atividades a partir de formação/qualificação que os habilita, não só a intervir nas condições de vida dos sujeitos, através de atividades ócio assistenciais, mas de democratiza informações e conhecimentos que podem não só prevenir doenças e promover a saúde, mas salvar vidas. Neste contexto o assistente social se coloca em posição privilegiada dada sua compreensão da biografia dos usuários e de sua rede suporte familiar e/ou comunitária.

Assim, retomar o percurso histórico do Serviço Social nos auxilia a compreender o exercício profissional, suas práticas no campo da saúde,

implicações nas relações sociais e nas demandas e requisições postas aos profissionais. Importante salientar que, segundo Matos (2017), há uma diferença entre a assimilação que a categoria fez do projeto ético-político e do projeto da reforma sanitária, no discurso e a que ela materializa na prática profissional.

A intervenção profissional qualificada acaba por ser ressignificada e reduzida, na medida em que é insuficiente o número de profissionais para atendimento às demandas dos usuários em condições deletérias de trabalho. Ao profissional não é disponibilizado, na maioria das vezes, as condições (infraestrutura, recursos humanos e financeiros, entre outros) para o exercício qualificado de suas atribuições. Com isso, ao refletir sobre a atuação dos profissionais de saúde, considera-se as condições impostas pelo capital no seu movimento de transformação e as novas demandas postas ao profissional a partir das mudanças no padrão produtivo. O acirramento das expressões da questão social em face à diminuição progressiva do Estado no atendimento às demandas da classe trabalhadora coloca desafios cotidianos para a categoria, como mostrado por Iamamoto (2005), no caso do assistente social.

Assim como todos os trabalhadores, o assistente social e os demais profissionais de saúde sofrem as refrações das políticas de ajuste fiscal e desregulamentação dos direitos sociais, o que impacta a atuação dos profissionais na operacionalização do SUS. O processo de privatização deflagrado na década de 90 e intensificado nos dias atuais provoca progressiva desregulamentação do trabalho, onde o assistente social e os demais profissionais que integram as equipes multiprofissionais são expropriados das condições de desenvolver um trabalho condizente com o que está garantido com relação ao direito à saúde na Constituição de 1988: saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Com relação aos assistentes sociais, também com relação ao compromisso com os interesses históricos dos trabalhadores e trabalhadoras.

Os vínculos múltiplos e precarizados e as equipes reduzidas corroboram com a intensificação da exploração a que estão submetidos os profissionais no cotidiano da prática. E na medida em que os profissionais são trabalhadores assalariados, que dispõem de uma relativa autonomia a ser garantida no cotidiano da prática, acabam por se mostrarem alienados com relação ao movimento da realidade institucional, parte e expressão da realidade social. Assim, como mostra

Vasconcelos (2015, p.54-55), para todos os que se mostram comprometidos com os trabalhadores – e consequentemente com a realização do SUS constitucional - ,

numa sociedade tão complexa e contraditória que submete e aliena a todos nós, operar na/a luta de classes objetivando contribuir com as lutas pela emancipação humana, para além das respostas necessárias às requisições institucionais [...], torna-se necessário enfrentar nossas fragilidades éticas e teórico-políticas, individuais e coletivas, para, estruturando, solidificando e estabilizando nossa (relativa) autonomia como profissionais de nível superior, aproveitar e desenvolver nossas potencialidades e as possibilidades presentes na contraditória realidade do capital, no desenvolvimento de estratégias e atividades (educativas) que possam contribuir para preparar a necessária ruptura, enfrentando, resistindo e sublevando-se frente aos processos e mecanismos de exploração e submissão, alienantes e alienadores, próprios da sociedade burguesa. Um processo dialético/contraditório no qual estão colocadas tanto a possibilidade de autoenriquecimento da subjetividade (nossa e de todos os envolvidos no processo), em busca de, como afirma Marx, uma subjetividade rica, como a possibilidade de retrocedermos à barbárie e/ou permanecermos à mercê dos interesses do capital. Um processo que, sem a compreensão do passado, “não se pode transformar o presente e construir o futuro” (Netto, 2014, p. 20).

Neste sentido, são colocados desafios no cotidiano profissional, na perspectiva de construção de uma prática contra hegemônica. O assistente social e os demais profissionais atuam na prestação de serviços de saúde, atravessados pelas relações de poder institucional que submete os profissionais à rotinização, ao controle, à racionalização, à burocratização, entre outros. Uma das estratégias é resistir ao convite cotidiano para a retomada de práticas conservadoras, buscando a efetivação do princípio ético da “qualidade dos serviços prestados”, como expresso no Código de Ética do assistente social. Como afirma Iamamoto:

um dos maiores desafios que o assistente social [o que estenderíamos aos demais profissionais de nível superior que compõem as equipes com o assistente social] vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar a efetivação direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (2005, p.20).

Para os assistentes sociais, resta um desafio particular, no que se refere ao projeto profissional: romper com o neoconservadorismo no interior da profissão que se expressa através de velhas práticas com novas roupagens (IAMAMOTO, 2012), destacando que o neoconservadorismo invade todas as instâncias da vida social. O tecnicismo, feição na qual o Serviço Social se pautou antes da renovação, e que

invade todas as profissões, é uma armadilha cada vez mais presente diante das “inovações tecnológicas”.¹⁰

O assistente social atua como mediador estratégico na equipe e pode contribuir para o acesso dos usuários aos bens e serviços, por meio de técnicas e instrumentos e se articulam as demais competências profissionais, possibilitando a compreensão da condição socioeconômica dos usuários e seu núcleo de cuidado, sua interferência no processo de saúde-doença e, conseqüentemente, na qualidade de vida. No que tange à atuação do assistente social no campo da saúde, com relação a cuidados paliativos, Andrade (2012, p. 343) afirma:

É específico do assistente social o conhecimento e a abordagem sobre a realidade socioeconômica da família, bem como sobre os aspectos culturais que compõem este universo. Assim, a decodificação dessa realidade para a equipe de trabalho constitui-se em uma de suas principais atribuições. Este profissional torna-se o interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões apontadas, que são fundamentais para se alcançar os objetivos almejados em Cuidados Paliativos: morte digna e cuidado aos que ficam.

Assim, fica claro que o assistente social na equipe multi ou interprofissional, dispõe de competências e atribuições que possibilitam a análise das condições de saúde do usuário e encaminhamento das ações, diferenciados dos demais profissionais de saúde, o que pode contribuir para iluminar as decisões tomadas pela equipe no cotidiano dos serviços de saúde.

É na complexa Rede de Atenção em Saúde, onde estão contemplados os serviços de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa, que atuam as equipes de profissionais de saúde. Equipes que, para atuar com coerência na direção dos princípios do SUS, necessitam de sintonia, no mínimo, com relação ao conceito ampliado de saúde, à integralidade das ações, à intersetorialidade, que configuram a rede de saúde em que atuam. São desafios complexificados pela realidade da atenção domiciliar em curso no país, como veremos.

¹⁰ Quanto aos demais profissionais, observamos que, se por um lado os médicos raramente atuam sem o apoio da tecnologia – desde exames de sangue a tomógrafos -, abandonando quase que por completo o exame clínico, os fisioterapeutas têm a sua atuação mediada não mais pelas mãos, mas por sofisticados equipamentos e instrumentos.

2 A ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1 Precedentes da Atenção Domiciliar

2.1.1 Envelhecimento Populacional

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

Neste processo de transição, alguns estágios são identificados. O primeiro, marcado por uma alta taxa de fecundidade, propiciou um crescimento no número de jovens, associado a uma alta taxa de mortalidade; em um segundo momento, o índice de fecundidade se mantém, enquanto há uma redução na taxa de mortalidade, posteriormente, em um terceiro estágio desta transformação na demografia, há uma crescente redução na fecundidade com uma, também crescente, redução na mortalidade. (FREITAS, 2006; VERAS, 2003)

O processo de transição demográfica ou transição vital é uma das principais transformações pelas quais vem passando a sociedade moderna. Ele caracteriza-se pela passagem de um regime com altas taxas de mortalidade e fecundidade/ natalidade para outro regime, em que ambas as taxas situam-se em níveis relativamente mais baixos. (Borges, Campos, & Silva, 2015, p. 139).

Até a década de 80, a estrutura etária se assemelhava a uma pirâmide, com número maior de crianças, jovens e adultos. Mas nas últimas décadas esta base vem se afunilando e dando novas formas ao perfil demográfico brasileiro. Estudos comprovam que é esperado que o número de pessoas com 60 anos ou mais dobre até 2050 e triplique até 2100; dos atuais 962 milhões passaremos para 3,1 bilhões.

¹¹

O Brasil adquiriu um novo perfil de mortalidade, mais complexo e mais oneroso (VERAS,1999). A assistência à saúde da pessoa idosa tem um custo elevado devido à necessidade de capacitação dos profissionais e de atuação de

¹¹ Informações publicadas no site Nações Unidas Brasil em 22/06/2017. Disponível em <https://nacoesunidas.org/apesar-de-baixa-fertilidade-mundo-tera-98-bilhoes-de-pessoas-em-2050/>. Acesso em: 17 de julho de 2019.

equipe multiprofissional, à utilização de equipamentos e exames complementares, entre outros fatores. Associado a esta questão, há outro fator importante: nos idosos há uma prevalência de doenças crônicas, o que requer tratamento e acompanhamento contínuos.

Entre os idosos, há uma grande prevalência de doenças crônico-degenerativas e deficiências físicas e mentais. Algumas dessas doenças tem no próprio envelhecimento um fator de risco e levam os idosos a um quadro de dependência e perda de autonomia.

Na condição de dependência e perda de autonomia, tudo pode ser uma ameaça. É amplamente divulgado que a idade avançada pressupõe co-morbidades, quando a maioria possui uma ou mais doenças crônicas; muitas são doenças incapacitantes diminuindo a capacidade funcional¹² e a autonomia para as Atividades de Vida Diárias (AVD's), caracterizando a população dessa faixa etária como a maior requerente de serviços de atenção à saúde.

As AVD's abrangem as atividades básicas (alimentação, vestimenta, banho, locomoção), as instrumentais (realizar compras, administrar dinheiro, ministrar medicações) e avançadas (lazer, contatos sociais, atividades laborais) (CALDAS, 2005).

A frequência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. A prevenção das doenças crônico-degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde instalado no Brasil. (KARSCH, 2003, p. 862).

Tal enquadramento decorre do conceito de capacidade funcional considerado o mais adequado atualmente para o direcionamento das políticas públicas de saúde para idosos (VERAS, 2003). Segundo Caldas (2005), o conceito de capacidade funcional diz respeito às condições dos indivíduos de adaptação ao meio em que vivem, com todas as dificuldades por ele impostas, e de desenvolvimento de suas atividades cotidianas sem necessitar de auxílio.

¹² Segundo Frank et. al. (2007), capacidade funcional refere-se a “a capacidade de o indivíduo manter competência, habilidades físicas e mentais para um viver independente e autônomo. Em outras palavras, capacidade para realização das AVD [atividades da vida diária] e AIVD [atividades instrumentais da vida diária], ou seja, as atividades que fazem parte da rotina do dia-a-dia, como fazer compras, fazer sua contabilidade, manter a continência, banhar-se, deslocar-se e alimentar-se” (p. 125).

Os idosos, constituindo a faixa etária que mais consome os recursos da saúde pública no Brasil, absorvem cerca de 20% do orçamento destinado à saúde.

Assim,

o índice de custo hospitalar apresenta-se significativamente mais elevado para a faixa etária de 60 ou mais anos, sendo de R\$ 28,16 para a idade entre 14 e 59, enquanto que para a idade a partir de 60 anos cresce para R\$ 83,25, de acordo com os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) de 2001, relativos ao ano de 1999. (FREITAS, 2006, p.28)

No Brasil, este alto índice é causado, dentre outros fatores, pela precariedade no atendimento dos idosos no sistema de saúde, posto que a abordagem tradicional esteja focalizada na patologia principal apresentada pelo idoso. Acontece que uma parcela significativa dos idosos tem em seu quadro de saúde várias patologias associadas. A ausência de um diagnóstico e acompanhamento das outras doenças leva a um tempo maior de internação e a reincidências na medida em que, como é comum no sistema de saúde para todas as idades, são vítimas de alta precoce decorrente, muitas vezes, da prioridade dada à liberação de leitos hospitalares, objetivando faturamento de novas internações¹³ (VERAS, 2003).

Outra ameaça para a efetivação dos direitos da pessoa idosa é o panorama das políticas sociais cujas diretrizes atuais, como visto anteriormente, comprometem o acesso aos fatores condicionantes e determinantes de saúde como a habitação, a educação, a alimentação, o transporte, entre outros. Segundo Veras,

A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos. Sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a saúde, nem para a qualidade de vida. (VERAS, 2018, p. 1933)

O crescimento exponencial do número de idosos no país deve ser considerado uma questão de saúde pública, o requer revisão diante da nova estrutura demográfica e das demandas acarretadas pela mesma. 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.

Como visto anteriormente, as ações do Estado em relação à saúde pública, no que tange às pessoas idosas, constituem-se de forma insuficiente, inexistindo

¹³ Essa situação será problematizada adiante.

uma política que abarque uma rede de serviços estruturados para atendimento integrado aos idosos e seus cuidadores. Beauvoir (1990) afirma que “há uma relação de reciprocidade entre a velhice e a doença; esta última acelera a senilidade e a idade avançada predispõe a perturbações patológicas, particularmente aos processos degenerativos que as caracterizam”. (p. 37)

Para Veras e Oliveira (2018), a condição do idoso é peculiar, marcada por doenças – com ampliação da cronicidade, dispêndio de recursos financeiros, perdas funcionais o que exige que o cuidado de idosos em situações adversas seja estruturado de maneira diferenciada. Acontece que a sociedade capitalista, tendo como centro a mercadoria e não dos seres humanos, não está preparada e não tem interesse em se preparar, para tais mudanças. Assim, com foco em quem pode comprar serviços de saúde de qualidade, a atenção pública sofre de desfinanciamento e não possui capacidade de suporte para o atendimento das demandas da maioria da população, especialmente, a população trabalhadora.

Em suma, não é fácil envelhecer no Brasil, um país que, historicamente, mantém “uma associação subordinada aos países desenvolvidos, agravada ainda mais pelo processo de mundialização da economia, desigual e combinado” (NETTO; BRAZ, 2006). Apesar disso, estudos demonstram o crescimento significativo da esperança de vida ao nascer, em mais de 30%, nas últimas décadas, conforme ilustra o quadro abaixo (IBGE, 2017, p. 8). Ressalte-se que os anos a mais de vida nem sempre são acompanhados de melhores condições de emprego, alimentação, transporte, saúde, o que é agravado, a depender da região do país.

Tabela 2 - Expectativa de vida ao nascer no Brasil

Expectativa de vida ao nascer - Brasil - 1940/2017				
Ano	Expectativa de vida ao nascer			Diferencial entre os sexos (anos)
	Total	Homem	Mulher	
1940	45,5	42,9	48,3	5,4
1950	48	45,3	50,8	5,5
1960	52,5	49,7	55,5	5,8
1970	57,6	54,6	60,8	6,2
1980	62,5	59,6	65,7	6,1
1991	66,9	63,2	70,9	7,7
2000	69,8	66	73,9	7,9
2010	73,9	70,2	77,6	7,4
2017	76	72,5	79,6	7,1
D(1940/2017)	30,5	29,6	31,3	

Fonte: IBGE, 2017, p. 8

Desse modo, o processo de transformação demográfica é essencial para a compreensão das necessidades de saúde que demandam cuidados em domicílio por idosos e pessoas com mobilidade reduzida, que serão atendidas no Sistema

Único de Saúde. Nesse processo, percebe-se um movimento contraditório: na medida em que as demandas de saúde aumentam, por conta do envelhecimento da população e do elevado índice de doenças crônicas e incapacitantes, menor é o acesso aos serviços públicos de saúde.

2.1.2 Transição Epidemiológica

Na análise sobre os precedentes para a ampliação e sistematização da Atenção Domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário demarcar a importância da chamada “transição epidemiológica”. Esta tem relação com as mudanças nos padrões de morbimortalidade (que se refere à taxa de mortalidade provocada por determinada doença em determinado grupo populacional) – de doenças infectocontagiosas para doenças prevalentemente crônicas não transmissíveis, além do elevado índice de acidentes e violências urbanas (CARMO, BARRETO e SILVA JR, 2003; BRASIL, 2012).

SCHRAMM (2004) aponta dois elementos fundamentais na transição epidemiológica: a transição das condições de saúde, ou seja, da melhoria da qualidade de vida, que se relaciona com ampliação da proteção social, acesso a bens e serviços, principalmente os de saúde, e a transição da “atenção sanitária”, que se refere às respostas em saúde e à incorporação de práticas preventivas e de promoção da saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis são hoje as responsáveis pelo maior número de mortes e internações hospitalares. Pesquisas demonstram altas de mortalidade relacionadas às doenças do aparelho circulatório e neoplasias, seguidas de causas externas e doenças do aparelho respiratório¹⁴, também potencialmente incapacitantes. Ampliando este quadro, temos as pessoas vítimas de acidente de trânsito ou violência urbana também podem ter sua capacidade funcional reduzida, levando a uma situação de dependência e dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

¹⁴ Dados coletados no sítio eletrônico DATASUS (Informações de Saúde – TABNET), selecionando respectivamente: Estatísticas Vitais, Mortalidade Geral, Brasil, Óbitos p/Ocorrênc segundo Causa - CID-BR-10, Período: 2017. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>. Acesso em: 17/06/2019.

Doenças crônicas demandam uso de medicações continuadas – muitas vezes de custo alto -, exames ambulatoriais regulares, cuidados especializados, que se associam ao efetivo empobrecimento da população brasileira nos últimos anos, agravando a condição de espoliação daqueles que demandam cuidados em saúde.

Registra-se que, em 2017, o Brasil possuía mais de 15 milhões de pessoas em situação de extrema pobreza¹⁵, que segundo o Banco Mundial se caracteriza por uma renda inferior a US\$ 1,90 por dia ou R\$ 140 por mês (IBGE, 2018). Este cenário remete ao seguinte contrassenso: na medida em que as necessidades de saúde se ampliam, assiste-se a diminuição progressiva do acesso aos serviços de saúde, potencializado pela diminuição da oferta de serviços. Isso como consequências da Emenda Constitucional 95- de 12/2016, conhecida como “PEC da morte”, que já mostra o seu poder de devastação ao reduzir, por 20 anos, recursos para a saúde, a educação, a moradia popular, a agricultura familiar - responsável por 70% da comida que chega à mesa dos brasileiros, dentre outros.

Soma-se ao preocupante quadro de doenças crônicas, a alta incidência e mortalidade por doenças infectocontagiosas. Além do risco de morte, as pessoas acometidas por doenças como a Chikungunya, podem ter complicações como: dores persistentes, por meses ou até anos, em alguns casos com diminuição da mobilidade e da capacidade funcional, sobretudo em idades avançadas.¹⁶ Segundo Carmo e Barreto (2003),

Ainda assim, as alterações no quadro de morbimortalidade, com a perda de importância relativa das doenças transmissíveis, principalmente no último quarto do século XX, criaram, na opinião pública, uma falsa expectativa de que todo esse grupo de doenças estaria próximo à extinção. Esse quadro não é verdadeiro para o Brasil, nem mesmo para os países desenvolvidos, como demonstrado pelos movimentos de emergência de novas doenças transmissíveis, como a AIDS; de ressurgimento, em novas condições, de doenças “antigas”, como a cólera ou a dengue; de persistência de endemias importantes como a tuberculose; e de ocorrência de surtos inusitados de doenças como a Febre do Oeste do Nilo nos Estados Unidos. (CARMO e BARRETO, 2003, p. 6)

¹⁵ Disponível em Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2018) e retratado na reportagem “Pobreza cresce e atinge 55 milhões de pessoas no Brasil”. Publicado em: 5 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/extrema-pobreza-no-brasil-aumenta-e-chega-a-152-milhoes-de-pessoas/>

¹⁶ Retratado na reportagem “Quais são as complicações do chikungunya?”. Publicado em: Publicado em 10 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/quais-sao-as-complicacoes-do-chikungunya/>. Acesso em: 18/07/2019.

Em virtude dos fatos mencionados e recuperando as discussões sobre a manutenção do modelo (negócio) de saúde biomédico, entende-se que se faz necessário problematizar os dispositivos com potencial de ampliação de acesso, repensando-os em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Para tanto, entranha-se no debate sobre a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em concordância com Vasconcelos (2012) quando afirma que

“[...] a Reforma Sanitária e a implementação do SUS passam, fundamentalmente, por mudanças nas práticas profissionais, definições de projetos e propostas e sobretudo, uso das informações como instrumento de planejamento, avaliação e crítica, ou seja, há a necessidade de criar novas relações a partir dos princípios e conceitos ainda garantidos constitucionalmente até aqui” (p. 95)

2.2 Atenção domiciliar no Brasil: O Programa Melhor em Casa

Nesta sessão, apresentam-se os dados coletados na revisão de bibliografia e a análise dos documentos do Ministério da Saúde, cujos principais são os Cadernos de Atenção Domiciliar, pensando as características da Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde, em especial, o Programa Melhor em Casa. Nesse sentido, torna-se essencial pensar as demandas em saúde que impulsionam a ampliação destes serviços nos últimos anos e problematizar elementos debatidos no último Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar para apreensão do panorama da AD.

De antemão, é necessário esclarecer a escolha do termo “Atenção Domiciliar”, dentre outras possibilidades como: “atendimento domiciliar”, “visita domiciliar”, “internação domiciliar” e “assistência domiciliar”. Isto se deve à consolidação do termo na literatura e na legislação do campo, desde as primeiras portarias em 2011, até a mais recente, em 2016. Além disso, este termo 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 e 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.

Neste sentido, 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 humanizem as práticas em saúde, considerando as relações sócio familiares.

No decorrer da pesquisa, foram observados fatores como o envelhecimento populacional, alterações demográficas e epidemiológicas, bem como o desenvolvimento das forças produtivas e os avanços das políticas no campo da Saúde, como determinantes para o desenvolvimento dos serviços de atenção domiciliar.

A Atenção Domiciliar 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 60 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 e TRAD, 2005, p.234).

No Brasil, o primeiro serviço de Atenção Domiciliar é de 1949, vinculado ao Ministério do Trabalho. Em 1963, é implantado o primeiro serviço de Atenção Domiciliar planejado no Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo - HSPE (BRASIL, 2012).

Os serviços de AD são ampliados a partir de 1990, dadas as perspectivas trazidas pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 e Lei 8142 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 Atenção Domiciliar 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 das secretarias municipais ou hospitais, nos diversos níveis de atenção, com baixo financiamento e regulamentação inconsistente. Já nos anos seguintes, surge uma série de portarias e legislações que vão consolidar 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 Atenção Domiciliar nos Centro de Referência à Saúde do Idoso.

A principal portaria em vigência, até o momento, é a Portaria Nº 825, de 26 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no SUS e o Programa Melhor em Casa que, como dito anteriormente, surge no ano 2011 e traça diretrizes para reorganização dos serviços de Atenção Domiciliar no Brasil.

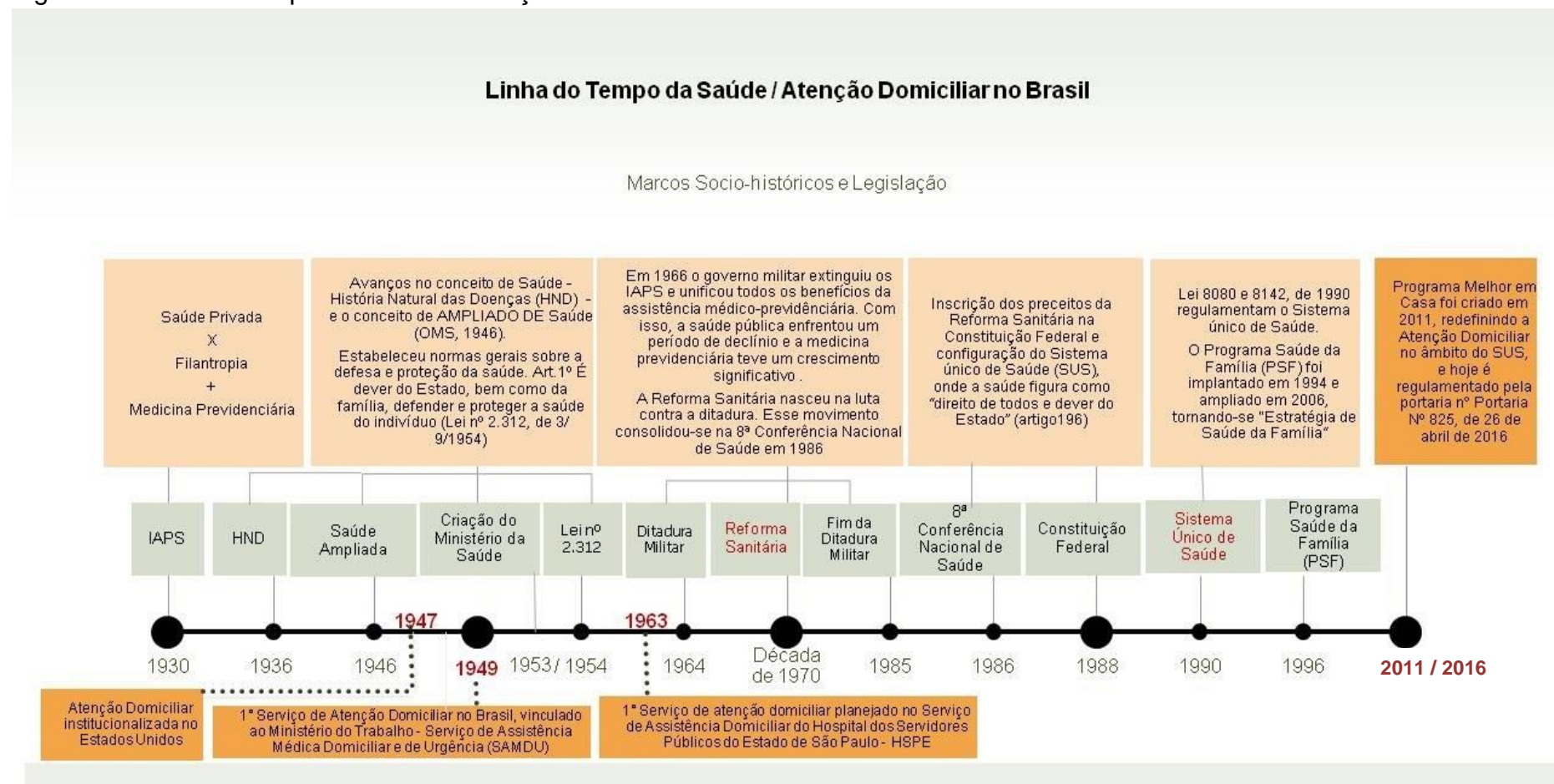
Cabe demarcar que foi a partir do Programa “Melhor em Casa”, em 2011, que a AD foi ampliada significativamente no Brasil. O Ministério da Saúde dispõe de material na plataforma digital com direcionamentos para a implementação dos serviços e uma série de publicações correlatas. Dentre os materiais, estão os Cadernos de Atenção Domiciliar – em três volumes – que se configuram como manual do Programa com instruções sobre o histórico, diretrizes, pressupostos, gestão, perfil dos usuários e cuidadores, estruturação e processos de trabalho das equipes, além de abordar os Cuidados Paliativos e as especificidades dos cuidados em domicílio.

Sobre a legislação em vigor, destaca-se a Portaria Nº 825, de 26 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e considera como Assistência Domiciliar 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)

Na Figura 1, será apresentada uma linha do tempo com a indicação dos marcos e das principais legislações da Atenção Domiciliar no Brasil:

Figura 1- Linha do Tempo da Saúde / Atenção Domiciliar no Brasil



Fonte: Elaboração própria/2019.

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 infecção hospitalares, celeridade das altas, entre outros. No fluxo de desospitalização proposto pelo Programa Melhor em Casa, 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 Programa Melhor em Casa (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 indicações abaixo do Manual Instrutivo do Melhor em Casa¹⁷:

AD1: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

AD2: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.

AD3: A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de 6, 7 equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.

Uma das questões a destacar é a influencia 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,

¹⁷ Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf . Acessado em: 20/05/2019.

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 quadro demográfico e epidemiológico apresentado na sessão anterior deste estudo – 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).

Sobre a organização das equipes no PMC, temos a seguinte configuração:

Tabela 3 - Constituição das Equipes de Atenção Domiciliar

EMAD Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar	EMAP Equipes Multidisciplinares de Apoio
I – 02 (dois) médicos (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 01 (um) médico (a) com carga horária de 40 horas semanais; II – 02 (dois) enfermeiros (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 (um) enfermeiro (a) com carga horária de 40 horas semanais; III – 01 (um) fisioterapeuta com carga horária de mínima de 30 horas por semana ou 01 (um) assistente social com carga horária mínima de 30 horas por semana; e IV - 04 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de 40 horas por semana.	Uma EMAP será constituída por, no mínimo, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de 30 horas, eleitos entre as seguintes categorias: - assistente social; - fisioterapeuta; -fonoaudiólogo; -nutricionista; - odontólogo; -psicólogo; - farmacêutico; e - terapeuta ocupacional.

Fonte: (BRASIL, 2016)

A alocação destas 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 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 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).

Neste sentido, os documentos do Ministério da Saúde indicam que essa perspectiva ampliada de saúde, tal como preconizado pela Organização Mundial de Saúde na década de 1940, contribuiu para o estabelecimento de novas modalidades de cuidado em saúde, inclusive retomando e autorizando o âmbito familiar como um espaço de produção de saúde, e o tornando um espaço de disputa pelo cuidado (BRASIL, 2012; BRAGA, 2016; MERHY e FEUERWERKER; 2008).

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).

Carvalho et. al (2015), abordando as implicações do cuidado na Atenção Domiciliar apontam que, na visão do cuidador,

o sujeito cuidado sofre as consequências das limitações do cuidador, que em alguns casos enfrenta espera prolongada por auxílio de outro familiar. Este cenário expressa a vulnerabilidade da AD e da atenção primária a saúde, ainda influenciadas por um modelo de atenção à saúde fragmentado, com forte orientação para as condições agudas, desconsiderando-se a importância fundamental da Atenção Primária a Saúde como ponto de atenção dessas redes. Tais questões necessitam ser analisadas e ponderadas quando, de fato, se espera beneficiar cuidadores e sujeitos cuidados com a proposta de desospitalização e humanização por meio da AD. [...]

Ou seja, os estudos sobre a AD, como o citado acima, vêm mostrando que as diretrizes preconizadas na legislação não vêm se realizando no cotidiano de uma prática na saúde que exige o convívio e o diálogo entre o cuidador, o sujeito cuidado e as equipes de saúde que atuam nos serviços socioassistenciais. Se por um lado o desfinanciamento na área da saúde vem impactando a formação das equipes e a atuação dos profissionais (submetidos a péssimas condições de trabalho e salários aviltantes) a ausência de apoio às famílias e cuidadores acaba em sua responsabilização pelas exigências e pelas consequências da Atenção Domiciliar.

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 inelegíveis.

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, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, dentre os quais (outros sete profissionais, conforme ilustra a Tabela 3) está o assistente social.

Contudo, este estudo ratifica 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).

2.3 Congresso Brasileiro Interdisciplinar sobre Assistência Domiciliar (CIAD): elementos para o debate.

Neste estudo, se disponibilizará os conteúdos apresentados e debatidos no Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar (CIAD), enfatizando o que se relaciona à conjuntura sociopolítica atual, ao panorama do Programa Melhor em Casa e à relação entre os sujeitos (usuários, familiares e/ou cuidadores, profissionais).

Segundo os organizadores, trata-se de um dos eventos mais importantes no âmbito da Atenção Domiciliar no Brasil, dada a regularidade e o fato de ter inscrito, ao longo de sua trajetória, suas proposições na construção da Atenção Domiciliar como política. É realizado pelo NADI – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com patrocínio oficial das seguintes empresas: Nestle HealthScience, SysCare Gestão de Home Care, Gino Material Hospitalar e Audimed Saúde Home Care e envolve representantes do âmbito público e privado em todas as atividades, fato que problematizaremos na próxima sessão deste estudo.

Cabe registrar que os trabalhos e resumos apresentados são compilados na publicação periódica da Revista Brasileira de Atenção Domiciliar, que está em seu quarto volume.

Esclarece-se, que para esta investigação, a pesquisadora coletou os dados da 17ª edição ocorrido nos dias 09 e 10 de novembro, de 2018, com o tema: “Arquitetura do Cuidado: A arte do Possível na Atenção Domiciliar” (programação no Anexo A). Sobre os eventos anteriores, segue o registro do sitio oficial do evento¹⁸:

- a) CIAD 2010 - IX Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado nos dias 19,20 e 21 de novembro de 2010. Tema: Cuidados em cena: atenção Domiciliar ao paciente, família e

¹⁸ Disponível em: <http://www.ciad.com.br/sobre.php>

domicílio. Nesta edição foi lançado pelo NADI - Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar - ICHC/FMUSP o livro "Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar" Editora Manolle.

- b) CIAD 2011 - X Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado nos dias 18,19 e 20 de novembro de 2011. Tema: "Compondo" a Atenção Domiciliar: harmonia, ritmo e melodia - instrumentos e letra no cuidado em domicílio.
- c) CIAD 2012 - XI - Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado nos dias 09,10 e 11 de novembro de 2012. Tema: Atenção Domiciliar: contando histórias. Nesta edição foi lançado o livro "Contando Histórias", que reúne histórias enviadas por profissionais que atuam na Atenção Domiciliar nas diversas regiões do Brasil. Foi lançado também, pelo Ministério da Saúde - Programa Melhor em Casa, o primeiro volume do Caderno de Atenção Domiciliar. Ainda no evento, foi realizada pela ABDIM - Associação Brasileira de Distrofia Muscular, no Salão Nobre, exposição de trabalhos dos pacientes daquela Instituição.
- d) CIAD 2013 - XII - Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado nos dias 09,10 e 11 de novembro de 2012. Tema: Atenção domiciliar - Metáforas do cuidado.
- e) CIAD 2014 - XIII - Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado nos dias 07,08 e 09 de novembro de 2014. Tema: Atenção domiciliar - Tecendo Redes
- f) CIAD 2015 - XIV - Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado nos dias 06,07 e 08 de novembro de 2015. Tema: A Arte do Cuidado: Luz e Sombra na Atenção Domiciliar
- g) CIAD 2016 - XV - Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado nos dias 04 e 05 de novembro de 2016. Tema: Domicílio, Município, Estado, Países: Territórios de Cuidados

h) CIAD 2017 – XVI Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado nos dias 10 e 11 de novembro de 2017. Tema: Cuidados Domiciliares: Construções Coletivas

Se o conjunto de patrocinadores/financiadores – grandes corporações ligadas ao Complexo Médico Industrial financeiro - já mostra o interesse de mercantilização da AD, os temas do Congresso apontam para a psicologização da atenção prestada no âmbito desta política.

Quanto às comunicações das mesas, destacamos, no segundo dia do evento, a Palestra “Melhor em Casa: Panorama Brasileiro”, proferida por Mariana Borges Dias, médica e Coordenadora Geral da Atenção Domiciliar do Ministério de Saúde, atualmente a profissional faz parte da coordenação colegiada da área técnica de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde. Tem experiência na área de Saúde Coletiva e gestão pública, com ênfase em Atenção Domiciliar, mas também em atenção primária, Urgências e Emergências, Toxicologia Clínica, gestão hospitalar.

Cabe registrar que a eleição desta atividade no congresso se deu a partir da coadunação com os objetivos desta pesquisa em apreender o panorama da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e por ser uma mesa central no evento, com mais tempo de fala de palestrantes que representavam o poder público e a iniciativa privada no âmbito da AD.

Em relação à atual conjuntura, os palestrantes ratificaram o cenário de crescimento da população brasileira, bem como da carga de doenças crônicas potencialmente incapacitantes, como doenças cardiovasculares – sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) responsável por, aproximadamente, setenta por cento das condições clínicas que geram demanda para o atendimento domiciliar – , neoplasias, doenças degenerativas e demências prevalentes na população idosa, síndromes genéticas, entre outros. Quadro que torna-se bastante diversificado o perfil dos usuários dos serviços de Atenção Domiciliar.

Salientaram que a maioria dos usuários dos serviços de Saúde recorre ao SUS, que representa a maior cobertura de atendimento às demandas de saúde. Destaca a questão da imunização, do transplante, do banco de leite humano, campanha contra o tabagismo, serviços de urgências e a cobertura da Atenção Básica, dentre outros. E enfatiza a importância da garantia orçamentária para que

o PMC chegue “onde tem que chegar”, fazendo referência aos municípios onde o programa ainda não está consolidado.

Cabe registrar que, foi colocada nesta mesa a preocupação com os cortes orçamentários promovidos pela então “PEC do teto dos gastos”, que se transformou na Emenda Constitucional 95/2016. A questão do contingenciamento esteve presente na fala da palestrante em vários momentos, demonstrando a preocupação com a consolidação e ampliação dos serviços de AD, afirmando que “esse é o grande plano do Ministério [da Saúde], para os próximos anos, a depender da ‘cabeça’ do novo governo”.

Ressalta-se que neste evento já havíamos passado pelo processo eleitoral de 2018, que elegeu Jair Bolsonaro (PSL) como Presidente da República, tomando posse em 2019 e inaugurando uma fase ultraconservadora sem precedentes na história do país. As propostas governamentais, seguindo as orientações do Governo Temer (2016-2019), mantiveram e ampliaram o desmonte dos direitos sociais e trabalhistas e enxugaram ainda mais os recursos para áreas fundamentais como saúde e educação.

Assim, as preocupações parecem ter se confirmado, diante das declarações do Ministro da Saúde do governo Bolsonaro (2019- ?) que, em participação no programa de entrevista – Roda Viva TV Cultura¹⁹ - é o primeiro Ministro da Saúde a confrontar a legislação vigente e propor cobrança de atendimento no SUS. Não sem razão, como deputado, Henrique Mandetta foi a favor da EC 95/2016 e mostra “interesse” pelas parcerias público-privadas, em confronto com a universalidade da atenção ainda em vigência na Constituição de 1988.

Em outra ocasião, em entrevista²⁰ fornecida em 13 de maio de 2019 para o site Hospitalar, vinculado a evento internacional de produtos, serviços, tecnologia e equipamentos para a cadeia da saúde, a Coordenadora geral da Atenção Domiciliar do Ministério de Saúde foi questionada sobre a parceria público-privada no âmbito da Atenção Domiciliar. A resposta da representante do Ministério da Saúde, aqui, coaduna com o “interesse” do atual ministro da saúde ao verbalizar que vê esta relação “com tranquilidade e alegria, pois não há disputa, mas amistosa cooperação

¹⁹ Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=O02qhzamw84>; consulta em maio de 2019.

²⁰ Disponível em: <https://www.hospitalar.com/pt/editorias/network-melhores-praticas/1676-entrevista-com-dra-mariana-borges-dias-coordenacao-do-programa-melhor-em-casa-do-ministerio-da-saude>. Acessado em 01/09/2019

e soma de esforços no objetivo maior de divulgar, consolidar e fortalecer a atenção domiciliar em todos os âmbitos, no Brasil” (Mariana Borges Dias, entrevista ao site Hospitalar em 13 de maio de 2019).

Como podemos apreender em BRAVO (2013) e Matos (2017), dentre tantos outros autores que referendam o SUS constitucional, na perspectiva da Reforma Sanitária brasileira, a parceria público-privada significa a privatização da saúde por meio das Organizações Sociais e Fundações de Direito Privado, como a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)²¹.

Cabe salientar que, a perspectiva apresentada anteriormente não condiz com a realidade da Saúde Pública no Brasil, diante de um cenário criminoso de privatização da Saúde e sucateamento dos serviços públicos, onde sabemos que não existe disputa amistosa entre capital-trabalho. Assim posto, recorre-se a análise de Andreazzi (2012), sobre a relação entre o público e o privado na atenção à saúde, onde afirma:

Não cremos tratar-se de caso isolado e sim de fenômeno mais amplo em que os espaços reservados ao mercado e ao Estado, em um dado sistema, resultam de um processo comum. Trata-se de um frágil, fulgê e mutante ponto arbitrário de corte temporal e geográfico de unidade e luta de contrários, pois Mercado e Estado se completam e disputam ao mesmo tempo. Processo que decorre da dinâmica de cooperação ou extração de excedente a partir dos diversos bens e serviços necessários à produção do cuidado à saúde e da competição entre os seus respectivos agentes.

A seguir, esta discussão será retomada na sessão sobre os limites e possibilidades da Atenção Domiciliar. Mas é necessário demarcar ainda que os obstáculos postos a efetivação e a ampliação do Sistema Único de Saúde, e, por conseguinte, da Atenção Domiciliar, não se constituem uma fase que depende do bom-senso dos que figuram no poder. Configura-se como projeto de desestruturação da Política de Saúde para atender aos interesses da classe dominante para qual os limites do SUS são uma oportunidade de aquisição de lucros cada vez maiores.

Neste sentido, se considerada a participação efetiva de empresas privadas no evento em tela, concorda-se com Vasconcelos (2012), quando afirma que no “modo de produção capitalista, a saúde se transforma e é transformada em um grande negócio” (p. 537)

²¹ A EBSEH é uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar. Ver: <https://www.ebserh.gov.br/>; Consulta em maio de 2019.

Embora não conste uma análise em profundidade da conjuntura contraditória e uma crítica da saúde e da AD no Brasil, pode-se destacar reflexões importantes na palestra de Mariana Borges Dias, para compreensão da origem e desenvolvimento do PMC, conforme se registra a seguir:

- a) “Pensar de forma regional é um imenso desafio para o tamanho do nosso país, mas é o próximo passo, onde a gente acha que vai conseguir melhores resultados”
- b) “O melhor em casa chega timidamente, para ser mais um ponto de atenção, porque o caminho entre o hospital e a casa, às vezes, é muito difícil”
- c) “Que a gente consiga ser ponte entre todas as esferas de atenção [em Saúde]”
- d) “[Programa Melhor em Casa] não nasceu sozinho, de uma turma de dirigentes do governo federal. Ele foi gestado aqui, neste espaço do CIAD [...]. Tem dezessete anos que isso aqui acontece, espaço de discutir a qualidade da Atenção. E como esse programa foi gestado aqui, ele já nasceu com a marca da intersetorialidade e com a marca da multidisciplinaridade”. (informação verbal)²²

Dentre os desafios apresentados nas palestras do painel, foram destacados os seguintes elementos (informação verbal)²³:

- e) Financiamento instável, com dificuldades devido ao prolongado contingenciamento financeiro do Governo Federal;
- f) Cultura da AD ainda incipiente, com poucas ofertas para formação profissional e divulgação tímida;
- g) Escassez de evidências e de produção científica;
- h) Fragilidades na Rede de Atenção à Saúde (para transferência de cuidados e reabilitação);
- i) Inserção da AD na Regulação dos leitos;
- j) Monitoramento e avaliação
- k) Mobilidade e Violência urbana.

Tais afirmações corroboram com a escolha deste campo empírico para a apreensão do Panorama da Atenção Domiciliar no Brasil. Observa-se por meio dos registros que o PMC não foi implantado inteiramente em todas as regiões do país.

²² Congresso Brasileiro Interdisciplinar sobre Assistência Domiciliar (CIAD). Palestra “Melhor em Casa: Panorama Brasileiro”, proferida por Mariana Borges Dias (médica e Coordenadora Geral da Atenção Domiciliar do Ministério de Saúde)

²³ Idem.

Isto se dá pela necessidade do Programa criar e manter uma rede bem estruturada de serviços, sobretudo nos municípios de médio e grande porte, com população a partir de 40 mil habitantes.

Na ocasião do evento, foram apresentados dados de cobertura do PMC, onde em 5.570 municípios brasileiros, com uma população estimada de mais de 208 milhões de pessoas, apenas 7% possuem acesso aos Serviços de Atenção Domiciliar – apresentando grande concentração no sudeste, com São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, respectivamente, cobrindo aproximadamente 28% da população. Nesses estados, a maioria dos usuários é atendida na modalidade AD2 e AD3.

2.4 Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde: Limites e Possibilidades

[...] Uma casa qualquer.

Cruz que se carrega.

Imponderavelmente, para sempre, às costas.

Cecília Meireles²⁴

Em decorrência do estudo realizado, afirma-se que a Atenção Domiciliar é entendida como direito social. Nas circunstâncias devidas, o usuário com mobilidade reduzida, de maneira permanente, temporária ou quaisquer outros entraves para o acesso ao serviço de saúde, tem na Atenção Domiciliar a possibilidade de usufruir dos cuidados necessários à prevenção, promoção, tratamento, recuperação da saúde e palição, conforme preconizado pelo Sistema único de Saúde (SUS).

Diante da desconstrução do SUS, aqui serão problematizados obstáculos que se colocam no horizonte do acesso e da efetividade dos serviços de AD no âmbito do SUS, concordando que “[...] o capital não tem [...] a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração [...]” (MARX, 2013, p. 342).

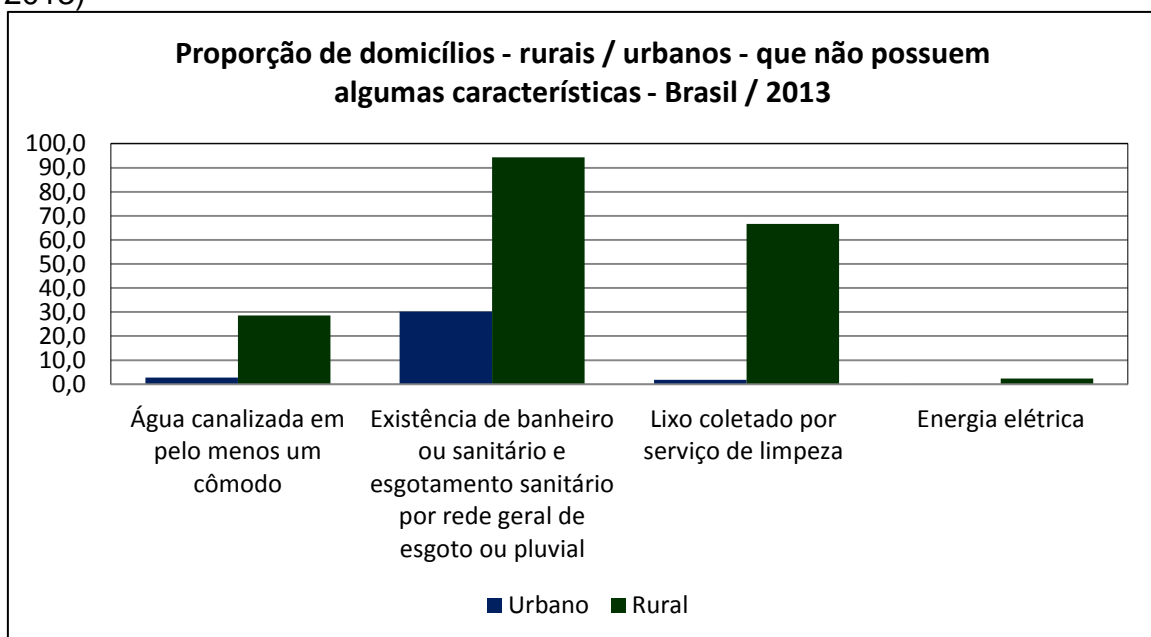
Uma das questões sobre as quais se deve considerar refere-se à infraestrutura dos domicílios onde são atendidos os usuários dos serviços de AD. De acordo com CASTRO et. al. (2018), o desenvolvimento dos Serviços de Atenção

²⁴ Poema “Eis a casa”, de Cecília Meireles, 1961.

Domiciliar (SAD), demandam “que a residência possua uma estrutura com materiais permanentes e de consumo que possibilite a recuperação e/ou estabilização da situação de saúde” da pessoa atendida (p. 6).

Neste sentido, diante das condições e vida e de trabalho da maioria absoluta dos brasileiros, questiona-se a perspectiva difundida nos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e ratificada por Araújo (2015), que afirma que na AD o “paciente recebe um tratamento similar ao dado em um hospital, com toda estrutura necessária para reestabelecer sua saúde e sua reinserção na sociedade” (p. 13). Em relação às condições básicas de infraestrutura, pesquisa do IBGE (2015) revela que aproximadamente 40% dos domicílios não possuem banheiro ou sanitário e esgotamento sanitário por rede geral de esgoto ou pluvial, sendo que, nas áreas rurais, este percentual chega a mais de 90%. A região Norte e Nordeste são as mais impactadas pela falta de serviços. Isto também se reflete em relação ao lixo coletado por serviço de limpeza, onde mais de 30% dos brasileiros residentes em áreas urbanas não dispõem deste serviço, conforme ilustrado nas Figuras 2 e 3.

Figura 2- Condições de vida da população brasileira - urbanos x rurais (PNAD / 2013)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, 2013. (IBGE, 2015)

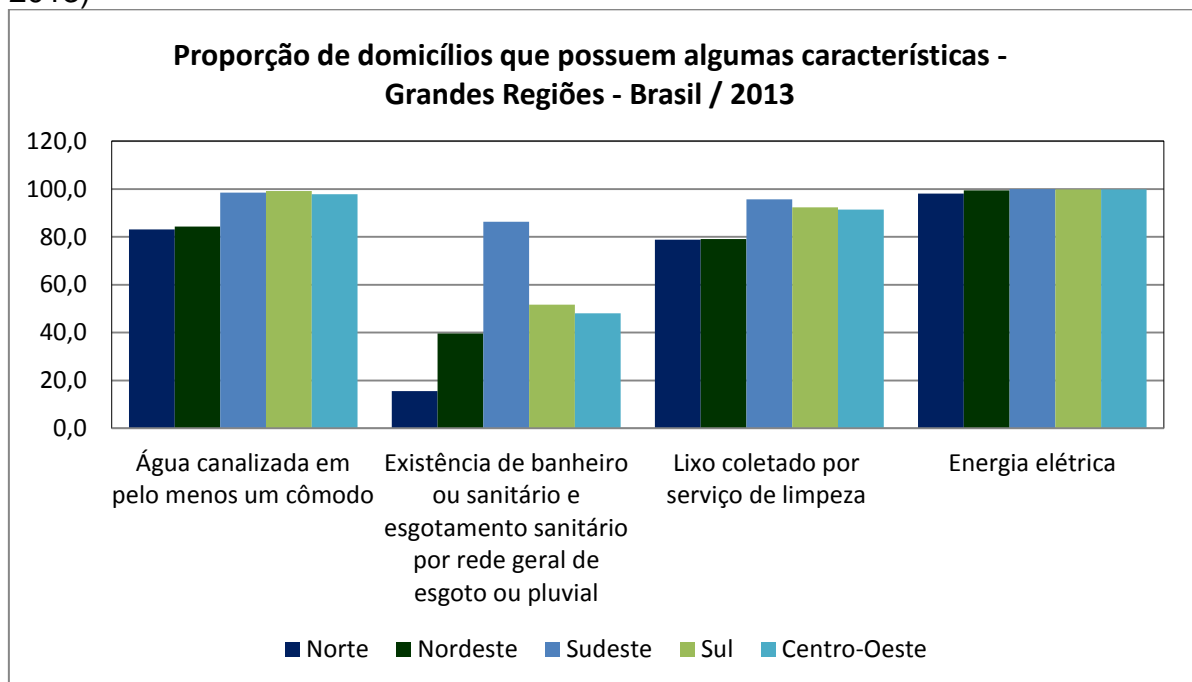
Assim, considerando o desafio da possibilidade, ainda que remota, diante da conjuntura atual, de expansão dos serviços de AD no Brasil, pensando o PMC e as demandas regionais (BRASIL, 2012; BRAGA, 2016; NETO e DIAS, 2014), indaga-se sobre quais as condições de parte significativa das famílias brasileiras tem de

acolher os cuidados em saúde no domicílio; condições não só relacionadas às condições do domicílio, mas da disponibilidade de um cuidador. Sabe-se que são cuidados cada vez mais complexos que são agravados pelo abismo socioeconômico presente na atual realidade brasileira.

Neves, Castro e Costa (2016), em estudo sobre as necessidades de cuidado de enfermagem após a alta hospitalar, apontam que as famílias apresentam dificuldades pela “escassez de recursos financeiros, levando à busca de alternativas para a prestação do cuidado delegado pelo SUS” (p. 6). A partir desta afirmação, compreende-se que a ampliação do PMC deve estar relacionada às ações de melhoria de condições de trabalho e vida dos trabalhadores, usuários dos serviços, tendo em vista o conceito ampliado de saúde, conforme visto anteriormente (NEVES, CASTRO e COSTA, 2016; POZZOLI e CECÍLIO, 2017)

Observemos, na Figura 3, as disparidades entre as regiões brasileiras no que se refere às características dos domicílios.

Figura 3- Condições de vida da população brasileira - Grande Regiões (PNAD / 2013)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, 2013. (IBGE, 2015)

Desse modo, há que se considerar como um dos limites ao acesso e efetivação da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, o contexto de desconstrução progressiva dos direitos, implementado pelas políticas neoliberais e a

desregulamentação e fragilização das relações trabalhistas. Segundo Vasconcelos (2012),

Diante da miséria e da pobreza de grandes contingentes populacionais que não podem pagar pelo medicamentos, exames de alto custo, da Lei de Patentes que favorece o monopólio e do risco do subconsumo/crise, o CMI [Complexo Médico Industrial] pode contar com as grandes encomendas estatais, tanto por parte dos países ricos, como dos países em desenvolvimento e pobres, encomendas que podem incluir desde as mais variadas vacinas e medicamentos de alto custo para o tratamento de doenças raras, doenças crônicas e cânceres, até os caríssimos coquetéis para o tratamento do HIV/AIDS. (VASCONCELOS, 2012, p. 538)

Diante da afirmação da referida autora, reflete-se sobre o ideário que permeia a configuração dos serviços de saúde e que pode repassar ao âmbito familiar uma sobrecarga financeira, física, emocional para o cuidado de pessoas com demandas de saúde cada vez mais agudizadas pelo desgoverno neoliberal.

A exemplo disso, recentemente a AD sofreu cortes importantes no âmbito da Atenção Básica onde centenas de idosos e pessoas adoecidas ficaram sem atendimento devido à suspensão do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), no Rio de Janeiro.

Os 120 profissionais de saúde foram demitidos na última sexta-feira (12), quando a prefeitura encerrou o contrato com a Organização Social IABAS, segundo informações da Comissão de Saúde da Câmara Municipal do Rio. As famílias dos pacientes estão preocupadas em perder o atendimento. (exibido pelo RJ2 em 15/07/2019) ²⁵.

No que diz respeito aos cuidadores, além das dificuldades enfrentadas pelas famílias para disponibilizar um cuidador, a sobrecarga de trabalho dos cuidadores se coloca como uma limitação, uma vez que os cuidados em domicílio exigem formação e informação sobre necessidades e estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde. No desenvolvimento da investigação foram encontrados muitos estudos que relacionam esta questão como um impasse para a efetividade dos cuidados na AD do SUS e, dentre as justificativas, pode-se destacar: a falta de técnica para o cuidado; a necessidade de esforço físico por parte dos cuidadores – sendo a maioria compostos por mulheres e filhas ²⁶ dos usuários dos serviços –, estresse e questões de saúde mental de familiares e/ou cuidadores; insuficiência

²⁵ Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/07/15/prefeitura-do-rio-suspende-programa-de-atencao-domiciliar-ao-idoso.ghtml>

²⁶ Fonte: Relatório Pesquisa de Satisfação SAD – 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/13/Pesq-satisfacao-relatorio-3edicao.pdf>

de políticas sociais e de estrutura adequada ao cuidado em domicílio (BRAGA et. al., 2016; CARVALHO et. al., 2015; NEVES, CASTRO e COSTA, 2016; POZZOLI e CECÍLIO, 2017; SANTOS e GOMES, 2019).

Um aspecto que se deve analisar são os demais critérios de elegibilidade e/ou admissão aos serviços de Atenção Domiciliar, destacando-se o fator distância. Na experiência desenvolvida em um hospital de referência no tratamento de câncer, o atendimento em domicílio é realizado a uma distância de até 70 km do local onde o serviço é ofertado, em locais onde a equipe possa ter fácil e livre acesso. Considerando que a maior parte da população pobre é a que mais demanda atendimento em saúde, muitas vezes residindo longe dos centros das cidades, onde se concentram a maior parte dos serviços e também das ofertas de emprego, a distância deve ser entendida como um obstáculo preponderante ao acesso de boa parte da população à AD. Programas habitacionais desenvolvidos a partir da valorização de áreas antes ocupadas por contingentes de trabalhadores pobres fizeram com que esses trabalhadores pobres se distanciassem cada vez mais dos grandes centros urbanos, ocupando a periferia das cidades sem infraestrutura e serviços sócio assistenciais²⁷.

Outra questão grave e que impede o acesso aos serviços é a residência em áreas consideradas de risco. É fato que, diante do crescimento alarmante da violência urbana, todos são reféns, mas em condições diferenciadas de autoproteção. Usuários do SUS, familiares, cuidadores e profissionais, assim como o conjunto da população se veem cerceados dos seus direitos mais elementares, como a liberdade. Liberdade para cuidar e ser cuidado. E quem paga o preço do descaso com a segurança pública é quem mais precisa de atendimento.

A estratégia mais utilizada pelos serviços de atenção domiciliar da rede federal do município do Rio de Janeiro é mudar o paciente de endereço para garantir a assistência, ou seja, para que a assistência seja realizada o paciente precisa ter outro endereço em local seguro, seja a casa de um amigo ou familiar para que a equipe possa atendê-lo. Mas isto nem sempre é possível e o paciente, em sua maioria, permanece internado ou sem o atendimento domiciliar. (ARAÚJO, 2015, p. 55)

Assim, é necessário se pensar e ampliar estratégias, como as apresentadas por Araújo (2015), que realizou o estudo sobre os desafios no atendimento a usuários do SUS que residem em área de violência urbana. Neste estudo, a autora

²⁷ Reportagem do Jornal do Comércio

indica que em ocasiões em que não é possível realizar o atendimento em domicílio do usuário, alguns serviços recorrem a estratégias, tais como:

- (1) Mudar os dias da visita, não se fazendo visitas em dias fixos; colocar adesivos nos carros da equipe de saúde;
- (2) Mudar o usuário de endereço para atendê-lo (retirá-lo da área de risco);
- (3) Ao realizar a visita domiciliar na área de risco, caso ocorra violência na área no dia do atendimento, esse é transferido para outro dia (ARAÚJO, 2015, p. 31 e 31).

Como último limite elencado pela autora, mas sem esgotar as discussões sobre as problemáticas do campo da AD, está a questão das pessoas em situação de rua. De acordo com Natalino,

Estima-se que existam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil. Deste total, estima-se que dois quintos (40,1%) habitem municípios com mais de 900 mil habitantes e mais de três quartos (77,02%) habitem municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes. Por sua vez, estima-se que nos 3.919 municípios com até 10 mil habitantes habitem 6.757 pessoas em situação de rua, (6,63% do total). Ou seja, a população em situação de rua se concentra fortemente em municípios maiores. (NATALINO, 2016, p. 27).

Diante das situações abordadas, percebemos que, apesar dos avanços para a constituição das políticas de Atenção Domiciliar no Brasil, algumas questões precisam ser colocadas em pauta para possibilitar a ampliação do acesso e a efetividade das ações de AD, a partir de práticas resolutivas que contemplem os fatores determinantes e condicionantes de saúde.

Isto porque, se há uma necessidade de substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção, na medida em que os próprios trabalhadores necessitam de leitos para o cuidado de sua saúde, essa substituição não pode ser realizada em confronto como a determinação legal da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, como afirmado legalmente na Constituição de 1988, o que vem resultando tanto na responsabilização, como na culpabilização de famílias e pessoas necessitadas dos cuidados em domicílio.

Rehem e Trad (2005) desenvolveram estudo sobre a modalidade da Assistência Domiciliar (AD) em saúde, como uma estratégia adotada pelos sistemas de saúde, identificando as possibilidades e limites postos à sua implementação. Tal modalidade, já estabilizada em alguns países desenvolvidos, carece de ações e estabelecimento de direcionamentos legais no Brasil. Os autores sinalizam que a AD traz inúmeros benefícios para a vida do usuário e seus familiares melhorando a

qualidade de vida dos mesmos. A intervenção em domicílio, apesar de acarretar a sobrecarga financeira e de trabalho da família, diminui o ônus do serviço público e também diminui o risco do paciente contrair outros problemas de saúde, como infecções.

Para Diogo e Duarte (2002), a AD dinamiza a relação dos sujeitos envolvidos no cuidado e não apenas o vínculo com os estabelecimentos de saúde. Essa reorientação do modelo assistencial do SUS potencializa a integralidade a partir de práticas interdisciplinares e intersetoriais. Entretanto, assistimos uma precarização dos serviços públicos de saúde que compromete o acesso dos sujeitos a esta modalidade de atenção.

Análise de Andreazzi (2012) sobre o público e o privado na atenção à saúde demonstra que o mercado da saúde é financiado e amparado, historicamente, pelo Estado, que atende aos interesses e aos movimentos do capital.

Cabe demarcar que a lei orgânica que regulamenta o SUS é de 1990 e a lei que cria as Organizações Sociais de Saúde (OSS) é de 1998 (Lei Federal nº. 9.637, de 15 de maio de 1998). Fica claro que, desde o seu nascimento, o Sistema Único de Saúde, e as concepções da Reforma Sanitária, estão em uma disputa desigual pelos cuidados em saúde. Em artigo publicado no sítio eletrônico do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 2016, afirma-se que, em relação as OSS, “têm se verificado tanto a ênfase em números e não na qualidade da atenção de saúde prestada aos cidadãos, quanto desmandos e desvios de recursos públicos pelas OS”.²⁸

Assim, apesar de portar potencialidade de ampliação da atenção à saúde para aqueles com mobilidade reduzida e/ou necessidades de cuidados em domicílio,

A focalização das políticas de Estado não alcança, de fato, os chamados pobres, populações subproletárias e campesinato, de forma integral. Cresce a trajetória *Comercialização informal de cuidados primários em países de baixa renda* [grifos da autora], agravada pela transformação acentuada do Estado em benefício das classes dominantes e no seu uso eleitoral. (ANDREAZZI, 2012, p. 47)

²⁸ Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/11/as-organizacaoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-a-privatizacao-da-saude/>. Acessado em 06/08/2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação pretendeu iniciar uma discussão teórico-crítica sobre determinados elementos que se colocam como limites e potencialidades da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, sem a intenção de esgotar um tema tão complexo. Enquanto profissionais da área de saúde o estudo revelou aspectos relevantes para (re)pensar caminhos das práticas em saúde.

A partir da pesquisa, foi possível perceber que o crescimento das demandas em saúde é provocado por diversas questões; dentre elas, destacamos as questões demográficas e epidemiológicas, agravadas pelo comprometimento no acesso aos serviços de saúde determinado pela lógica do Projeto Privatista. Esta lógica vem avançando, desde a década de 90, em um cenário de privatização, focalização e descentralização, ampliando as dificuldades enfrentadas pelas famílias no cotidiano da vida, em especial, no cotidiano do cuidado em domicílio.

Indaga-se sobre o princípio da “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção” (Lei 8080 de 1990. Dos princípios e Diretrizes, artigo 7º, inciso XII), no cenário atual, onde os direitos, duramente conquistados, estão violentamente ameaçados e desregulamentados. A integralidade envolve um duplo movimento: apreender, de modo ampliado, as necessidades de saúde e analisar os serviços de saúde do ponto de vista do outro, os usuários dos serviços. Para a garantia do cuidado integral, é preciso viabilizar o acesso dos usuários aos diversos níveis de atenção à saúde, inclusive a atenção em domicílio a todos os trabalhadores que a demandarem.

Em contraponto à necessidade de ampliação dos serviços, o país assistiu após a redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a consolidação do neoliberalismo e a implementação do pacote de ajustes fiscais, redução dos investimentos sociais, o que vem resultando na redução progressiva do papel do Estado na operacionalização dos direitos sociais, por meio da privatização de todas as instâncias da vida social.

Assim, observa-se nos dias atuais um acirramento da questão social com a progressiva flexibilização das relações de trabalho, com a aprovação da chamada Lei da Terceirização - Lei nº 13.429/2017 -, o que permite terceirizar a força de trabalho para atividades meio e fim. Este cenário de precarização dos vínculos trabalhistas impacta diretamente os serviços de saúde, na medida em que o

princípio da resolutividade fica comprometido com a diminuição dos recursos humanos e a perda de vínculo dos profissionais com os serviços.

Um dos alvos da manobra neoliberal é a Atenção Básica, que é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, com a estratégia de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Com os recursos e a infraestrutura adequadas potencializaria o acesso e a integralidade das ações em saúde, orientando o itinerário terapêutico dos usuários dos serviços²⁹.

Entretanto, com a fragilização do Projeto da Reforma Sanitária ocorrida nos últimos anos, o que se observa é a diminuição significativa de equipes e Unidades Básicas de Saúde, em um progressivo sucateamento da saúde pública que impulsiona os serviços privados “populares”. Estes serviços condicionam a qualidade dos serviços ao poder aquisitivo e compromete o princípio da universalidade. Segundo matéria veiculada pelo portal da Fundação Oswaldo Cruz, em 04 de abril de 2017, os planos populares podem trazer prejuízos aos usuários do Sistema Único de Saúde:

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) afirma que os planos acessíveis não têm condições de oferecer serviços de qualidade e que deem segurança ao consumidor, podendo causar graves prejuízos, inclusive fazendo ‘explodir’ a judicialização da saúde suplementar — ou seja, a quantidade de ações judiciais contra as operadoras.³⁰

Apesar dos avanços trazidos pela Reforma Sanitária e incorporados à Constituição Federal em 1988, o modelo de saúde no Brasil ainda é curativo e hospitalocêntrico. Com a Estratégia Saúde da Família, na Atenção Básica, as ações de prevenção e promoção foram ampliadas significativamente, mas são muitas as dificuldades dos usuários em percorrer o itinerário terapêutico para acessar os serviços necessários às suas demandas de saúde, na vigência de uma perspectiva biomédica, burocratizada e focalizada, agravada pela implementação do Sistema de Regulação (SISREG).

²⁹ No caso do HIV/AIDS no Brasil, por exemplo, na contramão do que ocorre no restante do mundo, os casos de HIV aumentam 21%, nos últimos anos, um aumento resultante da falta de vontade política, invisibilidade da doença e menos investimento social, como apontam ativistas. Ver: <http://agenciaaids.com.br/noticia/ativistas-dizem-que-aumento-dos-casos-de-aids-no-brasil-e-resultado-da-falta-de-vontade-politica-invisibilidade-da-doenca-e-menos-investimento-social/>; 16/07/2019.

³⁰ <https://portal.fiocruz.br/noticia/projeto-de-planos-populares-prejudica-os-usuarios-dizem-especialistas>. Acessado em 13/12/2018.

Um exemplo disso é o perfil dos usuários que buscam cuidados oncológicos na alta complexidade, que apresentam doença avançada e, muitas vezes, fora de possibilidade de cura. Acontece que, em grande parte dos casos, para receber atendimento em serviços públicos especializados, os usuários precisam ser incluídos no SISREG, após receberem o diagnóstico na Atenção Básica. E após serem regulados, é possível que o hospital de referência refaça os exames preliminares (referentes ao diagnóstico), para traçar o prognóstico e iniciar o tratamento efetivamente o que, retardando o início do tratamento, muitas vezes resulta em mortes evitáveis.

Este cenário de dificuldades também se reflete durante todo o tratamento. Muitos usuários e familiares com mobilidade reduzida não acessam à política de transporte: a exemplo do Riocard, especial para pessoas em tratamento oncológico e seus acompanhantes. Assim, precisam dispor de recursos para comparecer regularmente aos serviços de saúde, o que pode onerar a família e comprometer a adesão ao tratamento.

Neste sentido, 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.

A grande ameaça ao setor saúde atualmente é a Emenda Constitucional 95/2016, que institui um “Novo Regime Fiscal”: uma solução velha com novas roupagens, congelando os investimentos em políticas sociais públicas, como a Saúde. Conhecida também como PEC do Teto de Gastos, esta possibilitou extrair ainda mais recursos do orçamento da Saúde e potencializar o Projeto Privatista.

Neste descompasso com os princípios e diretrizes do SUS, a questão é como garantir o atendimento integral dos usuários dos serviços de saúde e o seu trânsito entre os níveis de atenção, de acordo com a complexidade da demanda. Como ampliar o acesso de pessoas com mobilidade reduzida e doenças incapacitantes à Atenção Domiciliar, em um cenário de desmonte e retrocessos?

Neste contexto, cabe reforçar a Atenção Domiciliar (AD), 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.

Este é um terreno fértil para realização de pesquisas que busquem ampliar, divulgar e problematizar a participação significativa do mercado da saúde nos espaços de decisão sobre a AD no Sistema único de Saúde – a exemplo do evento CIAD apresentado neste estudo –, bem como a disputa entre os projetos de saúde (público x privado) pelas demandas de cuidados em domicílio. Diga-se de passagem, tais demandas são crescentes e bastante rentáveis aos serviços privados de *home care*, que estão em franca expansão no país. Pretende-se, então, aprofundar as discussões sobre o tema, a fim fornecer mais subsídios aos debates neste complexo campo.

Em face do exposto, o estudo contribuiu para a discussão do campo da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde, indicando elementos para pensar estratégias diante dos limites e possibilidades identificados. Nesta perspectiva, o estudo se desenha como uma provocação, que poderá suscitar estudos futuros e novos debates, em acordo com Guerra quando afirma que “Como uma mediação privilegiada na relação entre conhecimento e realidade, a pesquisa resulta em um conhecimento sempre provisório, parcial, histórico (relativo ao tempo e espaço sociocultural e historicamente determinado)” (Guerra, 2009, p. 06.).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. M. Organização das Redes de Atenção à Saúde na Perspectiva de Profissionais da Atenção Domiciliar. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2013;34(1):111-117.
- ANDRADE, C. G. et al. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de Atenção Domiciliar. In: *Revista Fundamental Care Online*. 2017. Jan/mar. 9 (1): 215-221.
- ANDRADE, Leticia. O papel do assistente social na equipe. In: CARVALHO, Ricardo Tavares e PARSONS Henrique Afonseca (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP*, 2012.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. São Paulo: Cortez, 2012.
- ARAÚJO, Cláudia Mendes de. *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.
- BARROCO, Maria Lucia Silva. Fundamento Éticos do Serviço Social In: CFESS e ABEPSS (Orgs.) *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.
- BEAUVOIR, Simone. *A velhice* / tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990, p.7-51.
- BEHRING, Elaine Rossetti . Política Social no contexto da crise capitalista In: CFESS e ABEPSS (Orgs.) *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.
- BEHRING, ELAINE ROSSETI. *Política social: fundamentos e história/ Elaine Rosseti Behring, Ivonete Boschetti*. – 9. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca básica de serviço social; v2)
- BORGES, G. M., Campos, M. B., & Castro e Silva, L.G. (2015). Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: Ervatti, L. G., Borges, G. M., & Jardim, A. P. (Orgs.). *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções das populações*. Brasília, DF: IBGE, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acessado em 10 de julho de 2019.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS e ABEPSS (Orgs.) *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.

BRAGA, P. P. ET AL. Oferta e demanda na Atenção Domiciliar em saúde. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 21 (3): 903-912, 2016.

BRAVO, Maria Ines de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al. (org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Ines de Souza. *Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. 1. Ed – São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: *Política Social e Democracia*/ Maria Inês de Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira Pereira (Org.) 5. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ 2012.

BRAVO, Maria Inês de Souza; CORREIA, Maria Valeria Costa. *Desafios do controle social na atualidade*. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012

BUSS, P. M.; FILHO A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CALDAS, Célia Pereira. Conversando Sobre o auto cuidado: a qualidade de vida como meta. In: *Tempo rio que arrebatou / Jaime Lisandro Pacheco...*[et al].- Holambra: Editora Setembro, 2005.

CARMO, Eduardo Hage; BARRETO, Maurício Lima; SILVA JR, Jarbas Barbosa da. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. In: *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Volume 12 - Nº 2 - abr/jun de 2003, p 63-75.

CARNOY, Martin. *Estado e teoria política*. Editora Papyrus – São Paulo: Ed. Papyrus, 1988.

CARVALHO, D. P. et al. Ser cuidador e as implicações do cuidado na Atenção Domiciliar. In: *Revista Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2015, abril-junho; 24 (2): 450-458.

CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de (et. AL). Organização da atenção domiciliar como Programa Melhor em Casa. In: *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2018; 8 p.

CESAR, M. I. Serviço Social e reestruturação produtiva: requisições, competências e condições do trabalho profissional. In: MOTA, A. E. (Org.). *A Nova Fábrica de Consensos*. São Paulo: Cortez, 1998, p. 115-148.

CIAD. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, 17º, 2018, São Paulo. *Revista Brasileira de Atenção Domiciliar*, 5 v., 2019. Disponível em: <http://www.ciad.com.br/revista.php>. Acessado em: 05/08/2019.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Marxismo e política: A dualidade de poderes e outros ensaios*. 2 ed. São Paulo, Ed. Cortez, 1996, p.125-142.

COUTO, Berenice Rojas. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: CFESS e ABEPSS (Organizadoras) *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.

DANTAS, I. C.et AL. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a Atenção Domiciliar do Idoso Brasileiro. In: *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo, Brasil: PUC/SP. 20 (1), p. 93-108, 2017, janeiro – março.

DIOGO, Maria José D' Elboux e DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, Elizabete Viana de. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia / Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 762-767.*

FRANK, Stefanie et. al. Avaliação da Capacidade Funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. In: *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. Porto Alegre, v. 11, p. 123-134, 2007.

FLEURY, Sônia. A Questão Democrática na Saúde. In: FLEURY, Sônia (Org.). *Democracia e Saúde: A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997, p. 25-41.

FREITAS, Elizabete Viana. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, Ligia, et. al. *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. /.-2 ed.- Holambra, SP: Editora Setembro, 2006.

FREIRE, Silene de Moraes. Estado, democracia e questão social no Brasil. In: Política Social e Democracia/ Maria Inês de Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira Pereira (Org.) 5. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

FREITAS, R; BRAGA, C; BARROS, N. Famílias e Serviço Social – algumas reflexões para o debate. In: DUARTE, M; ALENCAR, M. *Família e Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

FROSSARD, Andrea G. S. Vidas em partidas. Rio de Janeiro: Quartet, 2014. 88 p.

FROSSARD, Andrea G. S. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. In: *Cadernos EBAPE.BR*, v. 14, Edição Especial, Rio de Janeiro, Jul. 2016.

GIOCOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. In: *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2006; 15(4): 645-53.

GRAMSCI, Antônio. *Escritos Políticos*. Volume 01. Lisboa: Editora Seara Nova, 1976, p. 343-349.

GUERRA, Yolanda. Dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS e ABEPSS (Organizadoras) *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em questão*. Brasília: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A Questão Social no capitalismo. In: *Revista da Associação brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. TEMPORALIS – ABEPSS. Ano II, N. 3, 2004.

IAMAMOTO, Marilda. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo In: MOTA, A.E. et al.(Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 5ª Ed.- São Paulo, Cortez, 2005.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: *Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009. p. 341-376.

IAMAMOTO, Marilda e CARVALHO, Raul. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 11 ed. São Paulo: Cortez; Lima: CELATS, 1996. pp 29-126.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências*. Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015* / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais 2018: Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais Gerência de Indicadores Sociais. 05 de dezembro de 2018, 37 p. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/ce915924b20133cf3f9ec2d45c2542b0.pdf. Acesso em: 17/07/2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil*. Ministério do Planejamento. Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2018, 28 p. Disponível em: file:///C:/Users/w7/Downloads/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf. Acessado em 17 de julho de 2017.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Divisão de Comunicação Social. *Conheça o Hospital do Câncer IV* / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Divisão de Comunicação Social. 4ª. ed.–

Rio de Janeiro: Inca, 2014. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//conheca-o-hospital-do-cancer-4-4a-edicao-2014.pdf>. Acesso em 15 DE JULHO DE 2019.

KARSCH, Ursula M.. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. In: *Cadernos da Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3): 861-866, mai-jun, 2003.

LESSA, S. Serviço Social e Trabalho: do que se trata? *Revista Temporalis*, nº 2, Brasília: ABEPSS, 2000.

LESSA, S. *Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo*. São Paulo: Cortez, 2007. p. 80-105.

LIMA, Rafaela Dayse Oliveira de; OLIVEIRA, Raquel Araújo; SOUSA, Fernanda Marques de. Intersetorialidade, Política de Saúde e Serviço Social: um processo de ações na busca da integralidade. In: *VII Jornada Nacional de Políticas Públicas*, 25 a 28 agosto de 2015. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/intersetorialidade-politica-de-saude-e-servico-social-um-processo-de-acoes-na-busca-da-integralidade.pdf>

LIMA-Costa, Maria Fernanda. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: *Epidemiologia e Saúde/ Rouquayrol, Maria Zélia; Filho, Naomar de Almeida – 6ª ed. – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 499-513.*

MANDEL, Ernest. *O Capitalismo Tardio*. 2. Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. (Os Economistas). p. 265-307.

MARX, Karl. A Lei Geral de Acumulação Capitalista. In: MARX, Karl. *O Capital: Crítica da economia política*. Livro I: O processo de produção do capital. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 835-879.

MARX, Karl. *O Capital: Crítica da economia política*. Livro I: O processo de produção do capital. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013. Cap. V., p. 326-352

MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã*. Tradução de Rubens Enderle, Nélio Schneider e Luciano Cavini Martorano. São Paulo: Boitempo, 2007.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). In: *Cadernos da Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MATTOS, Ruben Araujo de. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

MATOS, Maurilio Castro. Considerações sobre as atribuições e competências profissionais na atualidade. In: *Serviço Social e Sociedade*, n 124. São Paulo: Cortez, 2015 (p. 678-698).

MATOS, Maurilio Castro. *Serviço Social, ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MATTOS, Vivian de Almeida. *Serviço Social*. Cotidiano profissional nas unidades de pronto atendimento geridas por organizações sociais no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA R. C. C. P.; GALVÃO C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. In: *Revista Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MENDES, W. *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/UNATI, 2001, p. 9-23.

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, 2008, Rio de Janeiro. 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: 08 de abril de 2019.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. Edição, São Paulo, 1996.

MINAYO, Maria Cecília (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MONTANO, Carlos e DURIGUETTO, Maria Lucia. *Estado Classe e movimento social*. – 1 ed. – São Paulo: Cortez, 2010. – (Biblioteca básica de Serviço Social; v. 5).

MOTA, A. E e AMARAL, A. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, A. E. (Org.). *A Nova Fábrica de Consensos*. São Paulo, Cortez, 3. ed., 2006.

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. In: *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil*. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , Brasília, outubro de 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf. Acessado em 19/06/2019.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: *Serviço Social e Saúde*. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p.141-160

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. In: *Revista da Associação brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. TEMPORALIS – ABEPSS. Ano II, N. 3, 2004.

NETTO, J. P. *Introdução ao estudo do método de Marx* / José Paulo Netto. – 1. Ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, J. P.; BRAZ, Marcelo. *Economia política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca Básica de Serviço Social, n. 1.)

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* | Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, outubro 2014.

NEVES, A. C. O. J; CASTRO, E. A. B.; COSTA, S. R. D. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. In: *Cogitare Enfermagem*. 2016 out/dez; 21 (4): 01-10.

OMS-WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS-WHO) -1946, USP, Comissão de Direitos Humanos. *Biblioteca Virtual de direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

PAIM, JS. *Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: DUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PEREIRA, Isabel Brasil *Dicionário da educação profissional em saúde* / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. ã 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, regulação social e controle democrático. In: *Política Social e Democracia*/ Maria Inês de Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira Pereira (Org.) 5. ed. – São Paulo: Cortez; Rio DE Janeiro: UERJ 2012.

PIRES, M. R. G. M. et al. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. In : *Revista da Escola de Enfermagem*. USP, Jun 2013, vol.47, n. 3, p.648-656.

POZZOLI, S. M. L; CECÍLIO, L. C. de O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. In: *Revista Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, . 115, p. 1116-1129, out-dez, 2017.

REHEM, Tânia Cristina M. S. B. & TRAD, Leny Alves B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (sup): 231-242, 2005.

RUBIN, I. I. *A teoria marxista do valor*. São Paulo: Pólis, 1987. p. 139-201.

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.

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. In: *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, 2016 Jan-Dez; 11(38):1-12.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):36-37, 2007.

SIMIONATTO, Ivete. *Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social*. 3 ed. Florianópolis: UFSC, 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A/O assistente social na luta de classes. Projeto profissional e mediações teórico-práticas*. São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, Ana Maria de..Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, I. S. et al. (Org.). *Saúde e Serviço Social /*. 5. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ 2012, p. 116-138.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *Saúde e Serviço Social: tendências nos anos 2000*. Texto de subsídio para as palestras do Seminário Estadual na Saúde. Faculdade de Serviço Social – UERJ, DSS/UFSC, CRESS e SMS de Florianópolis. 2010. Disponível em:
https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjltqLJzPbWAhWLGpAKHYe0CKUQFgg5MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.unirio.br%2Funirio%2Fcchs%2Fess%2FMembers%2Frafaela.ribeiro%2Finstrumentos-e-tecnicas-de-intervencao%2Ftexto-ana-vasconcelos-servico-social-e-saude%2Fat_download%2Ffile&usg=AOvVaw3VUqVA22cc7R_3BW21879S.
 Acesso em 15 de abril de 2019.

VERAS, Renato. A longevidade da população: desafios e conquistas. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. Nº 75, ano XXIV, outubro, 2003.

VERAS, Renato Peixoto. A saúde pública e a terceira idade: reflexões sobre o tema. In: *Cadernos IPUB*. Envelhecimento e saúde mental: uma aproximação multidisciplinar. IPUB/UFRJ, nº 10, p. 133-139, 1999.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1929-1936, 2018.

YASBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. In: *Revista da Associação brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. TEMPORALIS – ABEPSS. Ano II, N. 3, 2004.

DOCUMENTOS

BRASIL, Constituição Federal de 1988.

BRASIL, Lei Organica da Saúde. Lei 8080/90 e Lei 8142/90.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

BRASIL. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 1 v., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2 v., 2013.

BRASIL, MS. Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013.

BRASIL, 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

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 2016.

CFESS. Lei de Regulamentação da Profissão do Assistente Social, Lei nº 8662/1993.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf3. Acessado em 15 de abril de 2019.

CFESS. Atribuições Privativas Do/A Assistente Social. Em Questão. 2012.

CONSEHO NACIONAL DE SAÚDE, Resolução n. 2018, de 6 de março de 1997.

ANEXO - Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar³¹

Programação

Sexta-feira - 09 de novembro de 2018

ABERTURA: 9 horas
10h30 às 12h30

Oficinas e Pré-congresso –

"É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma, que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática."

Paulo Freire

Os cursos pré-congresso são apresentados na forma de oficinas temáticas com o intuito de, por meio de atividades práticas, proporcionarem aos participantes a vivência in loco sobre o assunto proposto. Para Ander-Egg a oficina é um âmbito de reflexão e ação no qual se pretende superar a separação que existe entre a teoria e a prática, entre conhecimento e trabalho e entre a educação e a vida. Dessa forma, assim foram organizadas: (09h – 12h)

Pré-congresso/Oficina I

"Comunicar diagnóstico é prerrogativa médica, falar sobre a doença e terminalidade é responsabilidade de todo profissional que trabalha com cuidados ao final da vida".
Coordenação: Maria Teresa Di Sessa Pandolfo Queiroga Ribeiro -Assistente Social – Divisão de Serviço Social Instituto Central do HCFMUSP.

Responsável: Mônica Martins Trovo – Enfermeira – Doutora em Ciência pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP; especialista em Cuidados Paliativos e docente da Universidade São Judas Tadeu.

Indicada para todos os profissionais que trabalham ou que queiram trabalhar com final de vida, essa oficina abordará os principais temas relacionados às conversas difíceis sobre gravidade do quadro clínico, cuidados paliativos e terminalidade, englobando diferentes conceitos, exercícios interativos e atividades em grupo.

Pré-congresso/Oficina II

"Medicamentos: organização de dosagens, administração, armazenamento e descarte: como orientar diferentes cuidadores em domicílio".

Coordenação: Farmacêutica - Farmácia Clínica do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas/FMUSP.

Responsável: Solange Brícola – Farmacêutica – Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP; coordenadora da Farmácia Clínica do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas/FMUSP e docente da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Administração, armazenamento e organização de dosagens visando ao uso correto dos fármacos. A oficina abordará as diferentes formas de orientação, tendo o perfil do cuidador e paciente como ponto de partida.

Pré-congresso/Oficina III

"Curso para cuidadores de pacientes em atenção domiciliar - como montar".

Coordenação: Fabiana Satiro de Souza – pedagoga – especialista em Gerontologia,

³¹ Disponível em: www.ciad.com.br/programacao.php. Acessado em: 26/05/2019

50maisativo – Assessoria em atividades para pessoas com mais de 50 anos.

Responsáveis: Lígia Stungis Spedanieri - assistente social - NADI – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Instituto Central do Hospital das Clínicas/FMUSP. Alicia Ramos de Oliveira - assistente social - NADI – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Instituto Central do Hospital das Clínicas/FMUSP. Fernanda Pretti Chalet Ferreira - fisioterapeuta - mestre em ciências pela Universidade de São Paulo, especializada em saúde da família e Assistência Domiciliar.

Indicada para todo profissional que atua ou pretende atuar em assistência domiciliar, e que tem o cuidador informal (familiar) como centro de atenção. O intuito é trabalhar com os profissionais na perspectiva de que estes saibam montar cursos de capacitação de cuidadores leigos, com o objetivo de garantir o cuidado adequado ao paciente. Busca, também, diminuir o estresse do cuidador que se sente incapaz de dar conta do cuidado.

Pré-congresso/Oficina IV

“Cuidados de enfermagem com estomas de eliminação”

Coordenação: Maria Aquimara Zambone – Nutricionista - Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Responsável: Néria Invernizzi Silveira – enfermeira – Especialização em Estomaterapia pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP; especialista em estomaterapia pela TiSOBESP e coordenadora do curso de especialização em estomaterapia da Universidade de Campinas – UNICAMP.

Indicado para os profissionais, principalmente da área de enfermagem, que têm sob sua responsabilidade pacientes portadores de estomas de eliminação. A atenção a estes pacientes requer um plano de cuidados abrangente e contínuos que inclui orientações que devem ser feitas aos próprios pacientes e aos seus cuidadores, visando a preservação dos dispositivos das vias de eliminação, a segurança e o bem estar dos envolvidos.

Pré-congresso/Oficina V

“Ventilação mecânica: técnicas e recursos para a manutenção de paciente em domicílio”.

Responsáveis:

Laerte Honorato Borges - fisioterapeuta - Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU; docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Vinicius Pafume – Fisioterapia – mestre em ciências pela FAMED/UFU; Coordenador Serviço de Atenção Domiciliar - SAD/HCU/UFU.

Indicado para profissionais que atendem pacientes com insuficiência respiratória, dependentes de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva. Tem como enfoque o manejo dos recursos tecnológicos no domicílio, a manutenção e segurança do paciente e cuidador.

(14h. - 18h30h.)

ATIVIDADE I – “Arquitetura e estrutura nascem juntas e juntas devem se enriquecer”.

(Oscar Niemeyer.)

Grande Painel I - Conhecendo a população alvo para o oferecimento do cuidado adequado (14h às 16h)

Monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: experiência de sucesso no Setor Privado.

Palestrante: Gislaine Ferreira – médica – Assistência Domiciliar UNIMED/ Franca- SP

A eficácia do gerenciamento de casos: experiência do Setor Público. Palestrante: Angélica Massako Yamaguschi – médica – NADI - Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do ICHCFMUSP Atenção Básica: cuidados possíveis no final da vida.

Palestrante: Denise Stefanoni Combinato – psicóloga – pós-doutorado em bioética pela Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

Intervalo (16h às 16h30)

Ponto, Contraponto e Debate I - (16h30 às 18h30)

18h30 - HAPPY POSTER – SALÃO NOBRE

Coordenação: Flávia de Barros Azevedo – médica – Serviço de Emergência Clínica do ICHCFMUSP e docente Universidade Nove de Julho.

Prontuário eletrônico: o cumprimento das regras conforme regulamentação do Conselho federal de Medicina- CFM.

Palestrante: Jacson Venâncio de Barros – engenheiro – CIO do Hospital das Clínicas da FMUSP, membro efetivo Câmara Técnica de Informática do CFM.

Prática cotidiana: avanços e entraves no registro das informações referentes aos cuidados médicos e interdisciplinares.

Palestrante: Maria do Patrocínio Tenório Nunes - médica – Professora associada da Disciplina de Clínica Geral e Propedêutica do Departamento de Clínica Médica da Universidade de São Paulo

(14h – 18h30)

ATIVIDADE II – “Nós somos livres para fazer hoje o passado de amanhã.” Oscar Niemeyer.” (Oscar Niemeyer.)

Grande Painel II - Como cuidar no domicílio, hoje, de doenças que deveriam ter sido erradicadas há tempos. (14h às 16h.)

Tuberculose: contágio, sintomas, prevenção e tratamento em domicílio.

Palestrante: Marcelo Nobrega Litvoc - médico - Divisão de Doenças Infecciosas e Parasitárias do HCFMUSP e Núcleo de Infectologia do Hospital Sírio-Libanês

A visita domiciliar como parte do protocolo de atendimento nas Unidades de Referência em Hanseníase.

Palestrante: Maria Angela Bianconcini Trindade - médica - Divisão de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo professora do mestrado profissional em Saúde Coletiva da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Visitas domiciliares: importante recurso para a sensibilização da família quanto à prevenção de doenças infectocontagiosas na infância.

Palestrante: Carolina Luiza Barbieri – médica – HSL – Hospital Sírio Libanês e professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos.

Intervalo (16h às 16h30)

Ponto, Contraponto e Debate II - (16h30 às 18h30)

Coordenação: Danielle Bivanco de Lima – médica – Professora da Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP. Vigilância epidemiológica às principais doenças endêmicas: a importância da visita domiciliar dos agentes de combate à endemias.

Palestrante: Maria José Penon Rujula – médica – Docente na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Doenças erradicadas que voltam a se manifestar no País: desafio e responsabilidade do Estado?

Palestrante: Marcos Boulos – médico – Professor titular do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

18h30 - HAPPY POSTER – SALÃO NOBRE

(14h – 18h30)

ATIVIDADE III– “A casa é uma máquina de morar”.

(Le Courbusier.)

Grande Painel III - A residência arquitetada para o cuidado. (14h às 16h)

Coordenação: Eduardo Onodera – médico - Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Casa reorganizada e adaptada para pessoas com limitação de movimentos: proposta de garantia de autonomia.

Palestrante: Flávia Ranieri – arquiteta com pós-graduação em gerontologia - Diretora do Grou Studio R arquitetura.

Paciente e família: estratégias de sensibilização para as mudanças impostas pela situação de adoecimento.

Palestrante: Letícia Andrade - assistente social – NADI – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Estratégias de segurança para o idoso que mora só: monitoramento por dispositivos tecnológicos.

Palestrante: Adriana Klein – terapeuta ocupacional - doutoranda do programa de pós-graduação em Engenharia Elétrica da Escola Politécnica da USP.

Intervalo (16h às 16h30)

Ponto, Contraponto e Debate III - (16h30 às 18h30)

Coordenação: Dimitri Sales - advogado - Professor de Direito da Universidade Paulista; Professor Visitante da Faculdade de Derecho da Universidade de Buenos Aires.

Judicialização da Saúde: direitos garantidos para população já Privilegiada?

Palestrante: Reynaldo Mapelli Junior – advogado - Promotor de Justiça do Estado de São Paulo. Promotor de Justiça Assessor da ESMP- Escola Superior do Ministério Público do Estado de São Paulo.

Iniquidade em Saúde: a exclusão perpetuada

Palestrante: Fernando Aith – advogado – Professor Titular do Depto de Política e Gestão da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Livre- Docente em Teoria Geral do Estado pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo-FADUSP.

18h30 - HAPPY POSTER – SALÃO NOBRE

(14h. – 18h30)

ATIVIDADE IV – “Esse é o momento que nasce a arquitetura: a forma nova, diferente que deve criar surpresa”.

(Oscar Niemeyer.)

Grande Painel IV - Resolutividade em Assistência Domiciliar: recursos disponíveis para diagnósticos (14h às 16h)

Coordenação: Júlio Cesar de Oliveira – médico - Serviço de Clínica Médica Geral do Hospital das Clínicas da FMUSP e do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP.

Exames laboratoriais na fase pré-analítica: cuidados imprescindíveis na Atenção Domiciliar.
Palestrante: Suzimara Tertuliano de Oliveira – enfermeira - Consultora em Medicina Laboratorial da Empresa Suzimara & Sarahyba Consultoria e Treinamento LTDA.

Anticoagulação oral: a importância da análise e monitoramento dos resultados obtidos por dispositivos portáteis no domicílio.

Palestrante: Adilson Ferraz Paschoa – médico – Serviço de Cirurgia Vasculária Beneficência Portuguesa de São Paulo e Serviço Cirurgia Vasculária do Hospital IGESP

Diabetes: avanços tecnológicos dos sistemas de monitorização contínua da glicemia e adequação do tratamento.

Palestrante: Walter José Minicucci - médico - Assistente da disciplina de Endocrinologia da Unicamp, professor convidado do Departamento de Pediatria Disciplina de Endocrinologia Pediátrica/Diabetes. Intervalo

(16h às 16h30)

Ponto, Contraponto e Debate IV - (16h30 às 18h30)

Coordenação: Eduardo Martins Zincone – médico – Serviço de Emergência Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - USP

Programa Ventilação Mecânica Invasiva Domiciliar: proposta do Ministério da Saúde com foco na desospitalização.

Palestrante: Laerte Honorato Borges Junior – fisioterapeuta - Diretor do Serviço de Atenção Domiciliar na Fundação Saúde de Uberlândia e docente da Faculdade de Medicina Departamento de Saúde Coletiva - UFU.

Programa Ventilação Mecânica Invasiva Domiciliar: proposta com foco na desospitalização da criança – protocolo de segurança.

Palestrante: Carolina Lopes Guimarães – fisioterapeuta - Coordenadora Nacional de Fisioterapia da Home Doctor e docente da Pós Graduação do Hospital Israelita Albert Einstein

18h30 - HAPPY POSTER – SALÃO NOBRE

(14h às 18h)

Atividade V - Fórum de discussão: modelos de pagamento no Setor Privado.

Fórum de discussão - modelos de pagamento no Setor Privado.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem promovendo debates acerca de novos modelos de remuneração para a prestação de serviços de saúde. A participação das operadoras, entidades médicas e prestadores de serviços na discussão tem o propósito de conjuntamente achar uma forma de aumentar a qualidade e a segurança assistencial e, ao mesmo tempo, assegurar a sustentabilidade do setor. Perpassam por esta discussão, inevitavelmente, as novas mudanças da reforma trabalhista.

Coordenador: André Minchillo - médico - Vice-presidente de Tecnologia e Processos do Grupo Ideal Care.

Confira os principais temas que serão abordados: A busca por um consenso de modelo de remuneração na Saúde Suplementar.

Palestrante: Ana Paula Silva Cavalcante – médica - Gerente-Executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (GEEIQ/DIDES/

Remuneração por performance é um modelo adequado para a Assistência Domiciliar?

Palestrante: Luís Cláudio Rodrigues Marrochi – médico – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Diretor presidente do NEAD – Núcleo das Empresas de Intervalo (16h às 16h30)

Melhorias na qualidade dos cuidados ao paciente no domicílio: metas x indicadores de desempenho x quadro funcional?

Palestrante: Marcela Rodrigues de Souza Duarte – enfermeira – Gerente Assistencial do Grupo Ideal Care - Unidade SP.

Nova Lei Trabalhista: flexibilização dos contratos de serviços terceirizados.

Palestrante: Fabíola Marques – advogada - Professora de Direito do Trabalho e Direito Processual do Trabalho da graduação e pós-graduação da PUC/SP

18h30 - HAPPY POSTER – SALÃO NOBRE
Congresso - Sábado – 10 de novembro de 2018

2º DIA

(12h30 às 13h30)

Simpósio Satélite: MSD”

Tema : Desospitalização - uma estratégia para otimizar e reduzir custos e humanizar os tratamentos.

Palestrantes:

Eliana Lima Bicudo Santos - doutorado em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (2007). Atualmente é Coordenadora de Infectologia da Secretaria de Saúde do DF, médicos de referência em genotipagem do hiv do Ministério da Saúde.

Bil Randerson Bassetti – médico infectologista com área de atuação em controle de infecção hospitalar e infecções relacionadas a, principalmente, em procedimentos cirúrgicos, principalmente; Mestrado em andamento em Biotecnologia pela Universidade Federal do Espírito Santo.

(09h. - 18h.)

ATIVIDADE I – “A primeira e primordial arquitetura é a geografia.”

(Paulo Mendes da Rocha)

Palestra - Melhor em Casa: Panorama Brasileiro (09h às 10h)

Palestrante: Mariana Borges Dias – médica - Coordenadora geral da Atenção Domiciliar do Ministério de Saúde.

Intervalo (10h às 10h30)

Grande Painel I - Possibilidades e limites em Atenção Domiciliar (10h30 às 12h30).

Coordenação: Hassan Rahhal – médico - Serviço de Clínica Médica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP.

Promoção da saúde, prevenção de doenças em Atenção Domiciliar no Setor Privado.

Palestrante: Rogério Silicani Ribeiro - médico – Hospital Israelita Albert Einstein e Superintendente médico do Grupo Santa Celina.

Desospitalização - cuidados pós-operatórios em cirurgia ortopédica.

Palestrante: Angélica Massako Yamaguchi – médica – coordenadora clínica do NADI - Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Infecção urinária de repetição: Prevenção e tratamento no domicílio.

Palestrante: Amaro Nunes Duarte Neto - médico – Serviço de Emergência Clínica do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Intervalo (12h30 às 14h)

Mesa Redonda I - O Público e o Privado nas intervenções em saúde: estratégias diferenciadas, objetivos comuns. (14h às 16h)

Coordenação: Francisco Carlos Toro da Silva – psicólogo – docente do NEPPHO – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar da PUC – SP.

Instrumentalização do cuidador: garantindo os cuidados domiciliares. Serviço Público
Palestrante: Cláudia Fernandes Laham - psicóloga – NADI – Núcleo de

Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da FMUSP.
Iniciativa Privada. Palestrante: a confirmar

Apresentação de três trabalhos.

ATIVIDADE II – “O projeto ideal não existe, a cada projeto existe a oportunidade de realizar uma aproximação.”

(Paulo Mendes da Rocha)

Palestra - O cuidado sem pressa (09h às 10h)

Palestrante: André Luiz Dresler Hovanianian - médico - Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Sírio-Libanês – HSL.

Intervalo (10h às 10h30)

Grande Painel II - Atendimento domiciliar: doenças crônicas mais frequentes. (10h30 às 12h30)

Demência: controle e alívio dos sintomas na fase avançada.

Palestrante: Rogério Adas Ayres de Oliveira – médico – GLIA Clínica de Neurologia e Neuromodulação.

Prevenção de novos eventos trombóticos em pacientes sequelados de AVC: o desafio da anticoagulação em domicílio.

Palestrante: Júlio Cesar de Oliveira – médico - Serviço de Clínica Médica Geral do Hospital das Clínicas da FMUSP e do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP.

Multimorbidades no idoso: dificuldades na coordenação do cuidado integral. Palestrante: Naira Hossepian Salles de Lima Hojajij – médica - Assistente do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Intervalo (12h às 14h)

Mesa Redonda II - O Público e o Privado nas intervenções em saúde: estratégias diferenciadas, objetivos comuns. (14h às 16h.)

Coordenação: Fábio Campos Leonel – médico – NADI – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Limites e alternativas na internação domiciliar: atenção ao nível de complexidade clínica Serviço Público.

Bruno Alves Pinto – médico - Coordenador do Programa Melhor em Casa do Hospital Cidade Tiradentes - OSS Santa Marcelina. Iniciativa Privada.

Luís Cláudio Rodrigues Marrochi – médico – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Diretor presidente do NEAD – Núcleo das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar e Diretor Técnico da Saúde Care.

Apresentação de três trabalhos

(09h. – 18h.)

ATIVIDADE III – “A arquitetura é a arte que determina a identidade do nosso tempo e melhora a vida das pessoas.”

(Santiago Calatrava)

Palestra - Cuidados Paliativos: vínculos e cuidados na Atenção Domiciliar (09h às 10h)

Palestrante: Rodrigo Luz de Araújo - psicólogo - Laboratório de Tanatologia do IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro; Diretor Presidente da Associação Elisabeth Kübler-Ross.

Intervalo (10h às 10h30)

Grande Painel III - Estratégias de intervenção da equipe interdisciplinar e o domicílio como facilitador das ações. (10h30 às 12h30)

Indicação para o atendimento domiciliar. A importância da avaliação multidimensional.

Coordenação: Daniel Gomes Lichtenthäler –médico - colaborador da Disciplina de Clínica Geral e Propedêutica do Hospital das Clínicas da FM-USP.

Avaliação do domicílio para inclusão em programas de home care: olhar do enfermeiro.

Palestrante: Christiane Mariani Rodrigues Pereira – enfermeira auditora - Programa e Atenção Domiciliar da Saúde.

Famílias insuficientes para o cuidado: o familismo em debate.

Palestrante: Fernanda Souza Lopes - assistente social - NADI – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do ICHC/FMUSP; Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP.

Intervalo (12h30 às 14h)

Mesa Redonda III - O Público e o Privado nas intervenções em saúde: estratégias diferenciadas, objetivos comuns. (14h às 16h)

Coordenação: Alfredo Almeida Pina de Oliveira - enfermeiro - Hospital das Clínicas a FMUSP; professor UNIVERITAS-UNG e Centro Universitário de Campo Limpo Paulista (UNIFACCAMP).

Treinamento das equipes: estratégia para a garantia de qualidade no atendimento domiciliar.

Serviço Público.

Palestrante: Soraya Rizzo – enfermeira – Assessora da área Técnica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo do Programa Melhor em Casa e Atenção Primária à Saúde; Teleconsultora pela plataforma Telessaúde da SMS para assuntos de estomaterapia.

Iniciativa Privada.

Sabrina Fernandes – Administradora - Especialista em Administração Hospitalar -Gerente da Qualidade na Pronep - Home Care.

Apresentação de três trabalhos

(09h - 18h)

ATIVIDADE IV– “A questão fundamental da arquitetura é resolver problemas.”

(Paulo Mendes da Rocha)

Palestra - Nutrição nas diferentes fases do Cuidado: dietas enterais industrializadas x artesanais. (09h às 10h)

Palestrante: Maria Carolina Gonçalves Dias – Nutricionista - Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Intervalo (10h às 10h30)

Grande Painel IV - Lesões de pele: prevenção e tratamento na Atenção Domiciliar. (10h30 às 12h30)

Coordenação: Maria Lúcia Bueno Garcia – médica – professora associada da Disciplina de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Prevenção e tratamento de feridas e pé diabético: a importância dos Cuidados interdisciplinares.

Palestrante: Dr. Adriano Mehl - médico - Professor e Pesquisador em Novas Tecnologias para Prevenção e Tratamento de Feridas Agudas e Crônicas; Responsável pela Comissão de Integridade da Pele do Hospital Santa Cruz - Curitiba/PR.

O que o enfermeiro deve avaliar para a correta prescrição de curativos para lesões de pele de qualquer natureza.

Palestrante: Soraia Rizzo - enfermeira – Assessora da área Técnica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo do Programa Melhor em Casa e Atenção Primária à Saúde; Teleconsultora pela plataforma Telesaúde da SMS para assuntos de estomaterapia.

Fisioterapia: cuidados no domicílio para prevenção e reabilitação de lesões de pele.

Palestrante: Daniela Pacífico – fisioterapeuta – especializada na Atenção ao Idoso em Cuidados Paliativos.

Intervalo (12h30 às 14h)

Mesa Redonda IV - O Público e o Privado nas intervenções em saúde: Estratégias diferenciadas, objetivos comuns IV. (14h às 16h)

Coordenação: Venceslau Antonio Coelho - médico - Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HSL – hospital Sírio Libanês.

Desospitalização - organizando a transição do paciente para o domicílio: aspectos a serem considerados.

Serviço Público.

Palestrante: Naira Dutra Lemos - assistente social - Professora Afiliada da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo. Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso e o Ambulatório para Cuidadores –UNIFESP.

Iniciativa Privada.

Eduardo Dias – médico – Hospital Israelita Albert Einstein.

Apresentação de três trabalhos

(09h. - 18h.)

ATIVIDADE V – “Cada um vem, escreve a sua história e vai embora. A vida é um sopro.”

(Oscar Niemeyer)

Palestra - Infância: Questões éticas diante da terminalidade da vida. (09h às 10h)

Palestrante: Sílvia Maria de Macedo Barbosa – médica – diretora técnica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Intervalo (10h às 10h30)

Grande Painel V - Últimas horas de vida e os cuidados domiciliares: no que devo me atentar e como atuar. (10h30 às 12h30)

Coordenação: Keila Tomogo Higa Taniguchi – médica - NADI – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do ICHC.

Conhecimento e avaliação apurada da evolução clínica em diferentes diagnósticos: abordagens específicas.

Palestrante: Toshio Chiba – médico - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP.

Vias de administração de medicamentos de acordo com diferentes quadros clínicos.

Palestrante: Solange Bricola – farmacêutica - Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; docente Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Diferentes ambiências de cuidado: diferentes demandas familiares. Palestrante: Valmari Cristina Aranha – psicóloga - Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Universidade São Camilo.

Intervalo (12h30 às 14h)

Mesa Redonda V - O Público e o Privado nas intervenções em saúde: estratégias diferenciadas, objetivos comuns. (14h às 16h)

Cuidados Paliativos domiciliares e a concepção de morte digna: discussões necessárias sobre autonomia e mistanásia.

Coordenação: Guilherme de Abreu Pereira – médico – Disciplina de Clínica Geral e Propedêutica do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Serviço Público

Gustavo Cassefo - médico – Instituto do Câncer do Estado de São Paulo-ICESP e Hospital Samaritano.

Iniciativa Privada

Maria Perez Soares D’Alessandro – médica - Coordenadora de cuidados paliativos da Amil.

Apresentação de três trabalhos