Revista COOPEX (ISSN:2177-5052)

A política nacional de atenção domiciliar no Brasil: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde

The national policy of home care in Brazil: an analysis from the perspective of the Unique Health System

Cínthia Pereira Jacomini[1]
Suélen Prado Campanati[2]
César Tavaniello Neto[3]
Leandra Alvarenga Lisbôa[4]
Bruna Oliveira de Paul[5]
Isabela Gomes Alves Munhoz[6]
Daniela Bittencourt dos Santos[7]
Luanna Nayara Calixto de Araujo[8]
Maria Alícia Batista Bento[9]
Paulo Fernando da Silva[10]

RESUMO: O processo de envelhecimento populacional é definido pelo aumento da expectativa de vida ao nascer e pela diminuição das taxas de mortalidade e natalidade. Apesar dos avanços significativos do SUS, o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é o hospitalocêntrico, é fragmentado, é biológico e mecanicista, centrado no médico. A consequência desse modelo de atenção, o chamado modelo médico hegemônico liberal ou modelo de medicina científica. Em relação à metodologia, utilizará os seguintes métodos quanto ao objetivo apresentasse como descritivo. A pesquisa, por sua vez, será qualitativa e a abordagem dedutiva. Ao que condiz, a técnica de pesquisa utilizará a bibliográfica e documental, com pesquisa em doutrinas, trabalhos acadêmicos e leis. Ante o exposto, faz-se mister necessário repensar as práticas utilizadas atualmente, tendo em vista a possibilidade de obtenção de resultados mais satisfatórios e eficazes, principalmente relacionados articulação em rede, acesso, estratégias facilitadoras de comunicação entre os atores da AD, qualificação profissional, atuação multidisciplinar e interdisciplinar.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar; Políticas Públicas; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: The process of population aging is defined by the increase in life expectancy at birth and the decrease in mortality and birth rates. Despite the significant advances of SUS, the predominant health care model in Brazil is still hospital-centric, it is fragmented, biological and mechanistic, and physician-centered. The consequence of this model of attention, the so-called hegemonic liberal medical model or scientific medicine model. In relation to the methodology, it will use the following methods as to the objective, it will present itself as descriptive. The research, in turn, will be qualitative and the approach deductive. The research technique will be bibliographic and documental, with research in doctrines, academic works and laws. In view of the above, it is necessary to rethink the practices currently used, in view of the possibility of obtaining more satisfactory and effective results, especially related to network articulation, access, communication strategies facilitators between the actors of AD, professional qualification, multidisciplinary and interdisciplinary action.

Keywords: Home Care; Public Policies; Unified Health System.

[1]Graduanda em Medicina pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS);
[2]Graduada em Medicina pelo Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC);
[3]Graduando em Medicina pelo Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS);
[4]Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Campos (FMC);
[5]Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT);
[6]Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Cesmac (Cesmac);
[7]Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário do Pará (Cesupa);
[8]Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);
[9]Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM);
[10]Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM).

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é definido pelo aumento da expectativa de vida ao nascer e pela diminuição das taxas de mortalidade e natalidade. Essa transformação do perfil etário tem impacto qualitativamente significativo no cenário da morbimortalidade, revelando a predominância das doenças crônico-degenerativas, implicando sua prevenção, em vários níveis, e controle sobre as estratégias de amplo alcance e baixo custo utilizadas na Atenção Primária à Saúde (APS), além disso, aumenta também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos (CHAIMOWICZ, 1997; PONTES et al., 2009; SCHRAMM et al., 2004; BRAGA et al., 2016).

No Brasil, assim como no mundo, existe uma crescente mudanças no cenário demográfico e epidemiológico, fazendo com que exista uma reorganização no modelo de atenção à saúde, levando diversos países a pensar na Atenção Domiciliar (AD) como um ponto de cuidado estratégico para a atenção em saúde (BRAGA et al., 2016).

Apesar dos avanços significativos do SUS, o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é o hospitalocêntrico, é fragmentado, é biológico e mecanicista, centrado no médico. A consequência desse modelo de atenção, o chamado modelo médico hegemônico liberal ou modelo de medicina científica (SILVA JR2006), é a ineficiência, constatada nos crescentes custos gerados pela incorporação acrítica de tecnologias com uma contrapartida de crescente de resultados. No entanto, os serviços de AD surgem como mais um desafio para os sistemas de saúde, contribuindo para uma mudança no foco do cuidado e no ambiente em que é prestado (BRAGA et al., 2016), como desospitalização, racionalização da internação, redução de custos, e organização de cuidado centrado no paciente.

Dito isto, a Política Nacional de Atenção Domiciliar define AD como uma "modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio com garantia de continuidade de cuidados e integração às redes de atenção à saúde" (BRASIL, 2011).

Em relação à metodologia, utilizará os seguintes métodos quanto ao objetivo apresentasse como descritivo. A pesquisa, por sua vez, será qualitativa e a abordagem dedutiva. Ao que condiz, a técnica de pesquisa utilizará a bibliográfica e documental, com pesquisa em doutrinas, trabalhos acadêmicos e leis.

Quanto à estrutura do trabalho deste, tem-se a divisão dois tópicos no qual será discutido, num primeiro momento, acerca da contextualização e trajetória histórica do cuidado

domiciliar; num segundo momento, será destacada a atenção domiciliar e a contribuição desta para construção das redes de atenção à saúde.

O presente estudo propõe a discutir a trajetória da atenção domiciliar, refletindo sobre os conceitos e a legislação pertinente, se faz necessário também, uma abordagem da AD integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2. RESULTADOS E DISCUSSÕES

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO CUIDADO DOMICILIAR

Do ponto de vista normativo, tem-se a primeira legislação que menciona serviços de Atenção à Saúde no domicílio foi a publicação, em 1998, pela Portaria nº 2.416, que estabeleceu requisitos para credenciamento hospitalar e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Gradualmente, portarias de acompanhamento e complementação foram adicionadas ao SUS voltadas para AD.

Em 2001, foi instituída a Portaria nº 1.531 com o intuito de fornecer ventilação mecânica não invasiva (VNI) domiciliar a pacientes portadores de distrofia muscular progressiva, sob supervisão de equipe multidisciplinar e com financiamento do SUS. Cabe destacar que, em 2008, a Portaria nº 370 ampliou o escopo de atuação deste programa, acrescentando novas patologias passíveis de cadastro. No entanto, era insuficiente para a demanda porque se limita a doenças neuromusculares e excluía causas comuns de insuficiência respiratória permanente, como trauma raquimedular.

Em 2002, a Portaria nº 249 estabeleceu a assistência domiciliar como modalidade a ser desenvolvida pelo Centro de Referência de Atendimento a Ídolos. Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 11, deliberada em 2006, dispôs sobre o regulamento técnico dos serviços que prestam assistência domiciliar. A estrutura dos então denominados Serviços de Assistência Domiciliar (SAD) deve se dar com base às orientações dessa resolução.

O Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.529, em 2006, que instituiu a internação domiciliar no âmbito do SUS e a definiu como um conjunto de atividades prestadas às pessoas clinicamente estáveis, em seu domicílio, que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim (BRASIL, 2006). Esta portaria também estabeleceu o repasse federal fundo a fundo para custeio das equipes, no qual foi revogada em agosto de 2011.

A nova Portaria nº 2.029, possivelmente a mais importante, representou um marco legislativo no processo de reformulação da AD ao tratá-la como modalidade de atenção no âmbito do SUS, retirando a ênfase da AD como único modelo de atenção, abrangendo para um complemento tecnológico de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar.

Ainda em 2011, em outubro a Portaria n° 2.029 foi revogada pela Portaria GM/MS n° 2.527, que redefiniu a AD e propôs alterações no texto da portaria anterior. Houve aumento da população assistida dos municípios escolhidos para implantação das equipes de AD, bem como o estabelecimento de normas para cadastro dos SAD e suas respectivas equipes: Equipe Multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), além do credenciamento dos estabelecimentos de saúde aos quais estarão vinculadas, e regras de habilitação assim como, os valores de incentivo. Posteriormente, o governo federal lançou o Programa Casa Melhor em 8 de novembro do respectivo ano, um marco significativo para a AD (BRASIL, 2012).

Em 2013, a portaria n° 963 redefiniu novamente a AD no âmbito do SUS. Atualmente a portaria em vigor é a 825, de 25 de abril de 2016. Este novo modelo atualizou as equipes habilitadas para desenvolver os serviços multidisciplinares e multiprofissionais, assim como definir as modalidades da AD e dividi-las em três, e redefinir as equipes que competem no EMAD tipo 1, EMAD tipo 2 e EMAP (BRASIL, 2016). Desta forma, sugere-se a implantação de modelos de atenção centrado no paciente com equipes multiprofissionais/interdisciplinares incentivando a participação ativa dos profissionais envolvidos, com a saúde do usuário, família, cuidador e sociedade, com o objetivo de desenvolver práticas inovadoras do cuidado holístico pautadas no bem estar físico e psíquico.

Atualmente, a organização do atendimento domiciliar é classificada em três modalidades (AD1, AD2 e AD3). A Atenção Domiciliar modalidade 1 (AD1) destinada aos pacientes com problemas de saúde controlados ou compensados, que apresentam dificuldade ou impossibilidade de locomover-se até a Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como necessitam de cuidados com menor frequência e menor aporte de recursos dos serviços de saúde. A Atenção Domiciliar modalidade 2 (AD2) destinada aos pacientes que apresentam dificuldade ou impossibilidade de locomover-se até a UBS, assim como apresentam problemas de saúde que exigem cuidados mais frequentes e complexos do que os indicados na AD1, além de demandar recursos de saúde e acompanhamento contínuos, inclusive, de diferentes serviços da RAS. E a Atenção Domiciliar modalidade 3 (AD3), destinada aos pacientes com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a

UBS, com necessidade de mais frequência dos cuidados, mais recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos.

Um dos diferenciais das equipes AD situa-se no domicílio, onde é possível maximizar a produção de saúde. O contexto familiar engloba questões sociais, econômicas, culturais e relacionais. Quando os profissionais adentram em um ambiente familiar, deparam-se não só com problemas clínicos do paciente, mas também com um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais que permeiam o processo saúde/doença. Contribui assim, para o cumprimento dos princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da atenção à saúde (NETO et al., 2014).

2.2 ATENÇÃO DOMICILIAR E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A AD pode ser um mecanismo de articulação e comunicação entre os pontos de atenção à saúde, sendo alicerce para o exercício da transversalidade, fortalecendo a rede por meio do cuidado compartilhado, mais horizontal, com corresponsabilização dos casos compartilhada pelas equipes de saúde, envolvendo desde as equipes de atenção básica, equipes dos hospitais e unidades de pronto-atendimento, além de equipes especializadas em ambulatório (BRASIL, 2016). Tendo como exemplo, implantação de leitos de retaguarda; sistematização do processo de trabalho favorecendo a contrarreferência; interface junto à Atenção Básica para reforçar os cuidados com o paciente, evitando internações desnecessárias; flexibilidade no horário de funcionamento da Atenção Domiciliar (XAVIER, NASCIMENTO, CARNEIRO-JUNIOR, 2019).

A produção do cuidado de modo compartilhado necessita de uma transformação dos atores envolvidos e interessados na capacidade da análise situacional, novas práticas de gestão e de atenção em saúde para produzir novos desenhos de modelos tecnoassistenciais, menos hierárquicos e mais horizontalizados (MERHY, 2003).

O acesso à AD pode se dar de diferentes formas, por meio de livre demanda, por referência de um serviço a outro, ou até mesmo por meio de busca ativa, realizada por equipes de Atenção Básica (Eab) ou pelas EMAD e EMAP. Desse modo, as equipes que prestam cuidados domiciliares devem conhecer as necessidades e estar sensíveis às singularidades de cada usuário, conhecer as RAS, além de exercer a referência e contrarreferência de forma conjunta com os demais equipamentos de saúde do território, municípios, as Região de Saúde e, sobretudo, com o cuidador/familiares.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Novos desafios permeiam no âmbito do SUS, é notório os avanços e os nós críticos à sua expansão. Existe uma necessidade de desenvolver uma atenção mais abrangente, e que os paradoxos entre idealismo doutrinário e heterogeneidade dos cenários de prática sejam mais sensíveis à transição epidemiológica e à política socioeconômica. O cuidado no domicílio não deve ser uma prática negligenciada, meramente curativista e ameaçada por uma demanda de cuidados que ultrapassa a capacidade de atendimento das equipes.

Dessa forma, faz-se necessário a busca e consolidação de ações que atendam essa necessidade de forma integral e que tenham suporte de toda a RAS. Portanto, é necessário repensar as práticas utilizadas atualmente, tendo em vista a possibilidade de obtenção de resultados mais satisfatórios e eficazes, principalmente relacionados articulação em rede, acesso, estratégias facilitadoras de comunicação entre os atores da AD, qualificação profissional, atuação multidisciplinar e interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Diário Oficial da União Suplemento ao No - 21. Brasília: Ministério da Saúde; p.1-2, 2006.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. D.; SEIXAS, C. T.; CASTRO, E. A. B. D.; ANDRADE, A. M.; SILVA, Y. C. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 903-912, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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. Diário Oficial da União, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 208, de 28 out. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

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

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p.184-200, 1997.

MELONI, D. R. Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): **Universidade de São Paulo**, 2015.

MERHY, E. E. **Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS**: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção in Merhy et al, "O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano"; São Paulo, HUCITEC, 2003.

NETO, A. V. O. Análise do Programa Melhor em Casa: um Olhar sobre a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde [dissertação]. Brasília (DF): **Universidade de Brasília**, 2016.

OLIVEIRA NETO, A. V. D.; DIAS, M. B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? Rio de Janeiro: **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, p. 58-71, 2014.

PEREIRA, E. G.; COSTA, M. A. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliar. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 408-416, 2007.

PONTES, R. J. S.; RAMOS, J. R. N. A.; BOSI, M. L. M. **Transição demográfica e epidemiológica**. In: Medronho RA. Epidemiologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária a Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. **In: Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. p. 143-143, 1998.

XAVIER, G. T. O.; NASCIMENTO, V. B.; CARNEIRO JUNIOR, N. Atenção domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, 2019.