

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

LEILA LAURINDO SANTOS DA SILVA

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR FACE À PRECARIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS SOCIAIS: alguns apontamentos para o debate**

**MACEIÓ/AL
2022**

LEILA LAURINDO SANTOS DA SILVA

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR FACE À PRECARIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS SOCIAIS: alguns apontamentos para o debate**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Angélica Luiza Silva Bezerra.

**MACEIÓ/AL
2022**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Isela Maurindo Santos da Silva

Alunos/as concluintes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 21/07/2022

Título: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR FACE A PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIAIS: alguns apontamentos para o debate

Conceito: Aprovada.

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente
ANGELICA LUIZA SILVA BEZERRA
Data: 02/08/2022 14:37:09-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Professor orientador

Eladya Oliveira Santos de Queiroz

Examinador 1



Documento assinado digitalmente
MILENA GOMES DE MEDEIROS
Data: 02/08/2022 06:49:29-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Examinador 2

Antônio Jorge Belo Matos
Antônio Jorge Belo Matos
Assistente em Administração
FSSO/UFAL
SIAPE: 2412249

Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso

Dedico esse trabalho à minha amada e querida mãe, Maria Josefa (*in memoriam*), com todo amor e carinho. Seu olhar foi minha fonte de incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sua imensa misericórdia, proteção durante esse tempo. Por permitir levantar por tantas vezes, por me guiar pelo caminho que não saberia escolher.

Agradeço a uma pessoa muito especial em minha vida, que não está mais presente fisicamente, mas sinto sua presença diariamente, em cada coisa que vou fazer. Muito obrigada pela mãe que foi. Cuidar de você foi um grande aprendizado. Minha mainha, minha Josefa (*in memoriam*).

Agradeço aos meus irmãos, Alex Laurindo Santos da Silva e Letícia Santos da Silva, pelo apoio e incentivo. Por não permitir que desistisse no meio do caminho, pela paciência e por estarem sempre à minha disposição nos momentos em que precisei me ausentar. Vocês foram meu suporte durante esse importante período da minha formação acadêmica, proporcionando-me a realização do meu sonho. Amo vocês (das nossas dores, só nós sabemos).

Ao meu companheiro, José Cícero Veríssimo de Lima, pela compreensão nos momentos em que estive ausente.

Aos meus familiares e amigos, por me encorajarem e me apoiarem durante todo o processo, ajudando superar os meus medos e anseios.

À minha querida orientadora, Angélica Luiza Silva Bezerra, pela compreensão, carinho e pelas palavras de motivação. Não imagina o quanto me fizeram bem. Não sei como agradecer tanto apoio e empatia.

Agradeço às minhas colegas de turma, pessoas maravilhosas, sempre solidárias, em que pude compartilhar minhas alegrias e tristezas.

Agradeço à minha supervisora de campo, Eladja Oliveira Santos de Queiroz, por compartilhar tantos momentos durante o estágio.

À banca examinadora, composta pelas professoras Milena Gomes de Medeiros e Eladja Oliveira Santos de Queiroz, pelas relevantes contribuições.

Quero agradecer, também, à Faculdade de Serviço Social, pelas inúmeras oportunidades que me foram dadas. A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram a acreditar, sem elas não teria sido possível chegar ao meu objetivo. Deixo meu eterno agradecimento.

Por fim, e não menos importante, agradeço a mim, por superar os desafios postos, durante a trajetória na universidade. Caminho cheio de insegurança e medo.

Por ter que fazer escolhas que não me arrependo, faria tudo de novo e sempre.

“A persistência é o caminho do êxito.”
(Charles Chaplin)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) discute o tema da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) e do Programa Melhor em Casa (PMC), modelo de atendimento na área da saúde em processo de grande expansão, nos últimos anos. Esse modelo visa substituir os cuidados realizados no hospital, mas que colocam sob responsabilidade familiar a realização desses cuidados. O *Home Care* é um termo americanizado que é mais utilizado na rede suplementar e pelas empresas que prestam esse serviços. Também foi destacada a função do Estado que torna-se mínimo para os serviços sociais e atende fielmente aos interesses do capital trazendo também consequências para o âmbito da saúde como direito universal. O objetivo geral desta pesquisa é analisar a implantação da Política Nacional de Atenção Domiciliar identificando os impactos da crise do capital para sua efetivação mediante a redução dos serviços sociais. A metodologia utilizada para realização do TCC foram as pesquisas documental e bibliográfica referentes ao tema. Os resultados mostram que o avanço do ideário neoliberal que se instalou com a crise estrutural desde a década de 1970, apresenta como uma engrenagem para redução dos serviços sociais através da lógica de um Estado mínimo. Nota-se que a Atenção Domiciliar (AD) no SUS, avança em termos normativos e legislação, mas evidencia a desresponsabilização do Estado, transferindo os cuidados para o núcleo familiar/cuidador. Contudo, a implementação da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) no SUS, trouxe benesses para a população que necessitam de cuidados em domicílio; por outro lado, se verifica a carga de responsabilidade que o familiar/cuidador exerce.

Palavras-chave: Estado. Sistema Único de Saúde. Atenção Domiciliar. *Home care*. Responsabilização familiar.

ABSTRACT

This Course Completion Work (TCC) discusses the issue of home care in the Unified Health System (SUS), through the National Policy on Home Care (PNAD) and the Melhor em Casa Program (PMC), a model of care in the area. of health in a process of great expansion in recent years. This model aims to replace the care provided in the hospital, but which place the care provided under the family's responsibility. Home Care is an Americanized term that is more used in the supplementary network and by companies that provide this service. The role of the State was also highlighted, which becomes a minimum for social services and faithfully serves the interests of capital, also bringing consequences for the scope of health as a universal right. The general objective of this research is to analyze the implementation of the National Policy of Home Care, identifying the impacts of the capital crisis for its effectiveness through the reduction of social services. The methodology used to carry out the TCC was documental and bibliographic research on the subject. The results show that the advance of neoliberal ideology that was installed with the structural crisis since the 1970s, presents itself as a gear for the reduction of social services through the logic of a minimal state. It is noted that Home Care (AD) in the SUS, advances in normative terms and legislation, but evidences the lack of responsibility of the State, transferring care to the family/caregiver nucleus. However, the implementation of the National Policy for Home Care (PNAD) in the SUS has brought benefits to the population that needs care at home; on the other hand, the burden of responsibility that the family member/caregiver exerts is verified.

Keywords: State; Unified Health System; Home Care; Family Accountability.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Apresentação das principais Portarias que regulamentaram a Atenção Domiciliar no Brasil.....	35
Quadro 2-	Modalidades de Atenção Domiciliar, aspectos conceituais.....	40
Quadro 3-	Definição e responsabilidades da Atenção Domiciliar em suas modalidades (AD1, AD2, AD3).....	46
Quadro 4-	Competências atribuídas aos cuidadores.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AD	Atenção Domiciliar
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional em Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HSPE	Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMC	Programa Melhor em Casa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica de Urgências
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
SEÇÃO 2.	CRISE DO CAPITAL E PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIAIS: QUAL O LUGAR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS?.....	16
2.1	Bases históricas do capitalismo e os fundamentos das crises para compreender a precarização dos serviços sociais.....	16
2.2	A Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) como direito e efetivação na saúde dos brasileiros.....	26
SEÇÃO 3.	A ATENÇÃO DOMICILIAR E SUAS PARTICULARIDADES HISTÓRICAS E SOCIAIS COMO DIREITO DOS INDIVÍDUOS E DEVER DO ESTADO.....	36
3.1	Alguns serviços de Atenção Domiciliar (AD) como direito à saúde.....	37
3.1.1	Programa Melhor em Casa (PMC): rede de atenção à saúde.....	42
3.1.2	<i>Home Care: Direito privado ou dever do Estado?.....</i>	<i>50</i>
3.2	A atenção domiciliar como direito e dever do Estado: quais os limites e possibilidades.....	53
4	CONCLUSÃO.....	59
	REFERÊNCIAS.....	62

INTRODUÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado: “A Política Nacional de Atenção Domiciliar face à precarização dos serviços sociais: alguns apontamentos para o debate”. Tem como objetivo analisar a implantação da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) identificando os impactos da crise do capital para sua efetivação.

A escolha da temática Atenção Domiciliar (AD) surgiu após minha inserção no campo de estágio na área da saúde, especificamente, na Atenção Básica (AB), onde tive a oportunidade de conhecer melhor a política de saúde e me aproximar da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) através do Programa Melhor em Casa (PMC) com o lema: “A segurança do hospital no conforto do seu lar”. Bem convidativo para aqueles que encontram-se hospitalizados.

Nas demandas que chegavam ao serviço social sempre tinha alguma voltada para AD. Através do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) muitos usuários/as eram encaminhados/as para acionar esse serviço, buscando, assim, garantir esse direito. Ao mesmo tempo, era visível a dificuldade dos/as responsáveis pelo cuidado do/a usuário em acessar. Aqueles/as usuários/as que acionaram o SAD e não eram contemplados/as, pois, os critérios estabelecidos pelos serviços não o tornavam elegível, ao mesmo tempo, onde residiam, não eram cobertos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é responsável pela modalidade AD1. Essa realidade deixava-me inquieta e despertou a curiosidade em querer trabalhar esse tema e me aprofundar sobre essa temática.

A Atenção Domiciliar (AD) é uma prática antiga no mundo, em alguns momentos, ela era acessada com frequência por famílias abastadas que tinham condições de pagar para receber atendimento médico em suas residências. Em outros momentos, eram ofertados, com objetivo de controle sanitário. Os visitantes sociais realizam essa função de orientar as famílias sobre higiene.

Atualmente, a Atenção Domiciliar (AD) é um direito previsto na Lei nº.8.080, reconhecida como uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS); é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Sua inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS) acontece

uma década depois. Atualmente em vigor está a Portaria nº825, de 25 de abril de 2016. Dessa forma, é através do PNAD e do PMC que as famílias que precisam dessa continuidade do cuidado acionam após alta hospitalar.

A desospitalização tem sido caminho de muitos hospitais. Justificando que a necessidade de diminuir os custos gerados pelas internações, o risco de infecções e que os cuidados no domicílio têm gerado melhorias na recuperação do usuário. Priorizando por uma assistência humanizada, no “conforto do seu lar”, esse serviço tem sido solicitado por muitos familiares.

Mediante tais informações temos como hipótese: a redução do investimento na Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) com a precarização dos serviços sociais podendo acarretar sérias implicações para a efetivação do Direito Universal à Saúde. Refletimos sobre esta hipótese com as seguintes questões: De que forma a crise do capital impacta nos serviços sociais trazendo prejuízos no campo da Saúde? O Programa Melhor em Casa (PMC) atende realmente a necessidade da população que precisa do serviço? Para responder tais questionamentos dividimos nosso trabalho em duas seções.

Na primeira seção, iremos abordar a crise do capital e a precarização dos serviços sociais: qual o lugar da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD)? Assim, falaremos sobre o referencial teórico acerca da crise do capital e seus desdobramentos frente à precarização dos serviços sociais e seu reatamento na política de saúde, apresento a construção e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) destacando o Movimento de Reforma Sanitária como essencial para construção do SUS. Traremos a Constituição Federal (CF) como marco na garantia de direitos sociais e efetivação de um novo modelo de saúde pública no território brasileiro, como a criação da Lei nº8.080 que desencadeou na elaboração de outras políticas, como a da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD).

Na segunda seção, iremos abordar a Atenção Domiciliar (AD) e suas particularidades históricas e sociais como direito dos indivíduos e dever do Estado. Iniciaremos apresentando como se deu historicamente a AD no Brasil, trazendo as primeiras práticas, até sua inclusão no SUS. Em seguida, apresentaremos o Programa Melhor em Casa (PMC) e como está estruturando nas três modalidades AD1, AD2 e AD3, critérios de habilitação e desabilitação, financiamento. Em seguida, contextualizando a AD na saúde suplementar e judicialização que muitos recorrem para ter acesso ao serviço. Finalizamos apontando alguns limites e possibilidades

para efetivação da AD no país e o impacto que essa política tem na vida dos familiares que assumem uma carga de responsabilidade que, no mínimo, deveria ser compartilhada com o Estado.

O caminho metodológico percorrido para alcançar o objetivo proposto esteve ancorado na pesquisa documental e na pesquisa bibliográfica. O material bibliográfico foi analisado através de leituras que ajudaram na compreensão do Estado sobre sua crise estrutural que data da década de 1970 e seu rebatimento nos serviços sociais, em especial, os oferecidos pela política de saúde. Os teóricos e pesquisadores que fundamentam a construção deste TCC são: Marx (1983, 1984, 2006, 2013), Mészáros (2002), Netto (2007, 2010, 2012), Iamamoto (2001, 2008), Correia (2017), Bezerra e Medeiros (2021), Behring e Boschetti (2009), Bravo (2012), Mito e Prá (2012), Rajão (2018) entre outros. Foram trazidos outros autores, de áreas diferentes, especificamente da enfermagem, que estudam a AD no Brasil e que ajudaram a fundamentar este documento.

A pesquisa documental teve como fonte o vasto acervo publicado sobre a construção e efetivação do SUS, antes e pós-constituente de 1988. Também foram consultados arcabouços legais como a Constituição Federal (CF) de 1988, legislação voltada para criação do Sistema Único de Saúde (SUS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) às principais Portarias e Resoluções que regulamentaram a Atenção Domiciliar no Brasil. As publicações e documentos, manuais instrutivos publicados pelo Ministério da Saúde (MS) que abordavam a Atenção Domiciliar (AD), a exemplo do Caderno de Atenção Domiciliar (volume 1).

A sistematização desta pesquisa apresenta uma oportunidade de trazer essa discussão para o campo do serviço social, aproximando a profissão da temática, com situações que fazem parte do dia a dia do profissional que está atuando nas diversas políticas sociais, em especial, na saúde, seja na Atenção Básica (AB) ou no SAD. Além disso, mostra o trabalho diário com famílias inseridas nessa nova forma de cuidado, como também, realiza uma análise crítica dessa transferência de responsabilidade do Estado para as famílias através do papel que o Estado assume com o grande capital.

Importa esclarecer que na literatura encontramos poucos estudos na área do Serviço Social que abordassem especificamente a AD. Alguns Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e Dissertações da área do Serviço Social trouxeram esse estudo. Apesar disso, acreditamos que este trabalho pode despertar nos leitores

curiosidade pela temática, como também aguçar o interesse dos profissionais que queiram aprofundar seu conhecimento e, principalmente, para aqueles que trabalham com AD.

SEÇÃO 2. CRISE DO CAPITAL E PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIAIS: QUAL O LUGAR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS?

Neste capítulo, abordaremos a historicidade das crises do capitalismo e seus efeitos na precarização dos serviços sociais. A compreensão das crises nos permite trazer para o debate as determinações sociais dos serviços sociais e como este pode contribuir para a efetivação/limite na efetivação da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) como uma das estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Do ponto de vista histórico e metodológico abordaremos a política de saúde no Brasil fazendo um resgate histórico do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), destacando a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) como marco de luta e participação popular em busca de um modelo de saúde universal, passando pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988) com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por fim, faremos uma explanação da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) trazendo os principais arca-bouços legais que materializam esse serviço face à crise do sistema do capital.

2.1 Bases históricas do capitalismo e os fundamentos das crises para compreender a precarização dos serviços sociais

Ainda de forma primitiva, mediada pela transição do sistema feudal para o sistema de acumulação capitalista, o sistema capitalista surgiu em meados do século XV e forneceu as bases para o surgimento de uma nova classe social, o proletariado. Com o surgimento do proletariado cuja força de trabalho tornou-se assalariada e, conseqüentemente, uma mercadoria provocou um antagonismo estrutural sem precedentes, pois de um lado, o capitalista teve como objetivo o lucro, e de outro, o proletariado se submeteu aos imperativos do novo sistema para sobreviver com a manutenção de suas necessidades básicas.

Desta maneira, o trabalho rural deu espaço às máquinas e à propriedade privada¹. Segundo Marx (2006), “[...] a existência do trabalhador torna-se reduzida às

1 Para maiores informações sobre o processo de transição do feudalismo e capitalismo e as bases que fundamentaram a força de trabalho em mercadoria, recorrer a Netto (2007) e a Marx (1983; 1984).

mesmas condições que a existência de qualquer outra mercadoria” (MARX, 2006, p. 66).

Deste modo, Marx (1983), considera que: “entende-se por si, desde logo que o trabalhador, durante toda a sua existência, nada mais é que força de trabalho e que, por isso, todo o seu tempo disponível é por natureza e por direito de trabalho, portanto, pertence a autovalorização do capital [...]” (MARX, 1983, p. 211). Assim, com a entrada do capitalismo a condição de existência humana passa a ser contraditória, pois ao passo que desencadeou o desenvolvimento das forças produtivas do trabalho, o avanço tecnológico, a riqueza sem precedentes, também forneceu as bases para a desigualdade, o aumento da pobreza, do desemprego, da fome e do trabalho precário.

Como afirma Iamamoto e Carvalho (2007): “o ponto de partida do processo capitalista de produção é a separação entre a força de trabalho e os meios de produção, que são monopolizados, privadamente, pelas classes capitalistas” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p. 46). Este foi o caminho para as contradições que presenciamos até hoje.

Nesse sentido, Marx (2013) analisa esse antagonismo presente no modo de produção capitalista, onde ele expõe que:

A relação capitalista pressupõe a separação entre os trabalhadores e a propriedade das condições da realização do trabalho. Tão logo a produção capitalista esteja de pé, ela não apenas conserva essa separação, mas a reproduz em escala cada vez maior. O processo que cria a relação capitalista não pode ser senão o processo de separação entre o trabalhador e a propriedade das condições de realização do seu trabalho, processo que, por um lado, transforma em capital os meios sociais de subsistência e de produção e, por outro, converte os produtores diretos em trabalhadores assalariado (MARX, 2013 p. 786).

Nesse sentido, os capitalistas se apoderaram dos meios de produção, deixando apenas para os operários a opção de vender sua força de trabalho. Com a perda dos meios de subsistência, a população foi em busca de outras formas para suprir suas necessidades essenciais. Os grandes centros urbanos passaram a receber inúmeras famílias em busca de trabalho. Sem alternativas, os trabalhadores eram submetidos a trabalhos desumanos e degradantes.

Para Iamamoto e Carvalho (2007):

Do ponto de vista da população trabalhadora, este processo se expressa numa pauperização crescente em relação ao crescimento do capital. Não se trata, necessariamente, de pauperização absoluta, mas relativa a

acumulação do capital que atinge a globalidade da vida da classe trabalhadora. A exploração se expressa tanto nas condições de saúde, habitação, como na degradação moral e intelectual do trabalhador; o tempo livre do trabalhador é cada vez menor, sendo absorvido pelo capital nas horas extras de trabalho, no trabalho noturno que desorganiza a vida familiar (IAMAMOTO, 2007, p. 66).

Mesmo com a exploração que era identificada em alguns modelos de sociedades anteriores, nenhuma se assemelhava ao que vivia o proletariado no sistema capitalista, ao mesmo tempo que gerava riqueza; paralelo a isso, na mesma proporção, eram submetidos a situações de pobreza extrema.

Nesse sentido, Netto (2010) sinaliza que:

Pela primeira vez na história registrada, *a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas*. Tanto mais a sociedade se revelava capaz de progressivamente produzir mais bens e serviços, tanto mais aumentava o contingente dos seus membros que, além de não terem acesso efetivo a tais bens e serviços, viam-se despossuídos até das condições materiais de vida de que dispunham anteriormente (NETTO, 2010, p. 3).

Continua o autor:

Nas sociedades anteriores à ordem burguesa, as desigualdades, as privações etc. decorriam de uma escassez que o baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas não podia suprimir (e ou que era correlato um componente ideal que legitimava as desigualdades, as privações etc.); na ordem burguesa constituída, decorrem de uma escassez *produzida socialmente*, de uma escassez que resulta necessariamente da contradição entre as forças produtivas (crescentemente socializadas) e as relações sociais de produção (que garantem a apropriação privada do excedente e a decisão privada da sua destinação) e do caráter mercantil que reveste obrigatoriamente os valores de uso (NETTO, 2010, p. 7-8).

Essas situações de miséria absoluta que vivenciavam os trabalhadores impulsionaram sua organização. Era necessário buscar estratégias para superar a exploração que vinham sofrendo da classe burguesa. Com isso, a divisão de classe fica mais expressiva.

De um lado, temos a classe trabalhadora que vende sua força de trabalho e que não é beneficiada pela riqueza que é gerada; por outro lado, temos a classe burguesa que é detentora de toda riqueza produzida pelos proletários. Deste modo, a “questão social” surgiu no século XIX, resultado dos questionamentos que a classe trabalhadora fazia sobre sua condição de miserabilidade.

É no modo de produção capitalista que nasce a “questão social”, fruto da

contradição capital x trabalho, do pauperismo crescente dos proletários. As condições de vida na qual eram submetidas desvelaram a face cruel do capital.

Segundo Iamamoto (2008):

A “questão social” é indissociável da sociabilidade capitalista fundada na exploração do trabalho, que a reproduz ampliadamente. Ela envolve uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas. Suas expressões condensam múltiplas desigualdades, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (IAMAMOTO, 2008, p. 4).

A busca por reconhecimento e inserção no cenário político pelos proletários fez surgir a questão social. Para as autoras Iamamoto e Carvalho (2007):

É fato conhecido que historicamente a questão social tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político, por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo bloco do poder, e, em especial, pelo Estado. Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos. Esse reconhecimento dá origem a uma ampla esfera de direitos sociais públicos atinentes ao trabalho – consubstanciados em serviços e políticas sociais –, o que, nos países centrais, expressou-se no Welfare State, Estado Providência ou Estado Social (IAMAMOTO; CARVALHO, 2001, p. 17).

A reivindicação da classe operária apresentava como uma saída plausível. Foram as lutas sociais que, rompendo o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolaram a “questão social” para a esfera pública. Elas passam a exigir a interferência do Estado no reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos, consubstanciados nas políticas e serviços sociais.

Não podemos pensar em questão social sem fazer um paralelo com a sociabilidade capitalista. Uma não existe sem a outra, que resulta na exploração do trabalho para se manter. As expressões da questão social aparecem nas desigualdades sociais, na ausência do Estado, na precarização dos serviços sociais ofertados à população.

O sistema capitalista desde o seu surgimento vem passando por algumas reformulações, adequações para se manter hegemônico. Neste sentido, Bezerra e Medeiros (2021) afirmam:

O sistema do capital ao longo da história sempre se reinventou, buscando estrategicamente o aumento dos seus lucros em detrimento da sobrevivência humana. Desde a acumulação primitiva, o sistema do capital expressou sua contradição na forma da desumanidade do trabalho assalariado. A força de trabalho, apesar de sua importância para a produção, era ativa até a exaustão prematura numa jornada de trabalho excessiva e esgotante (BEZERRA; MEDEIROS, 2021, p. 57).

Desde o seu surgimento, o sistema capitalista passou por diversas reformulações para manter a acumulação do capital. E a cada reformulação para manter sempre ajustada a acumulação do capital, as crises eram muito bem vindas. Conforme Netto (2007), as crises fazem parte da história do capitalismo, ou seja, não existe capitalismo sem crise. As crises vivenciadas impulsionam o crescimento capitalista: “As metamorfoses do capital são uma condição indispensável para que o valor capital se movimente, se crie e se acrescente e reinicie o seu ciclo” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p. 45).

Fundamentamos em Mézáros (2002) quando afirma que:

Crises de intensidade e duração variadas são o modo *natural* de existência do capital: são maneiras de progredir para além de suas barreiras imediatas e, desse modo, estender com dinamismo cruel sua esfera de operação e dominação. Nesse sentido, a última coisa que o capital poderia desejar seria uma superação *permanente* de todas as crises, mesmo que seus ideólogos e propagandistas frequentemente sonhem com (ou ainda reivindicuem a realização de) exatamente isso (MÉSZÁROS, 2002, p. 795).

No sistema capitalista não se pode impedir as crises, pois faz parte da sua configuração. Segundo Netto e Braz (2012, p. 170), “é perfeitamente possível e viável uma organização da economia estruturalmente diferente da organização capitalista, capaz de suprimir as causas das crises”. Superar essa exploração da classe trabalhadora não é possível; credita-se a outra organização que a exploração não seja a base de sua sustentação, com um possível sim.

Em seu processo histórico, o capitalismo obteve sucessivas crises econômicas; a primeira se deu em 1825, na Inglaterra. As demais crises ganharam abrangência mundial, a partir de 1847-1848. A crise, considerada como a mais grave do século XIX, eclodiu em 1873. A última, se deu 1937/1938, sendo a mesma cessada pela guerra. Entre uma crise e outra, o capitalismo apresentou suas fases de prosperidade econômica (NETTO; BRAZ, 2012, p. 169).

Deste modo, as crises realizadas pelo capitalismo seguem um ciclo econômico que segundo Netto e Braz (2012) esquematiza-se em:

A crise: pode ser detonada por incidentes econômico ou político qualquer (a falência de uma grande empresa, um escândalo financeiro, a falta repentina de uma matéria-prima essencial, a queda de um governo). Bruscamente, as operações comerciais se reduzem de forma dramática, as mercadorias não se vendem, a produção é enormemente diminuída ou até paralisada, preços e salários caem, empresas entram em quebra, o desemprego se generaliza e as camadas trabalhadoras padecem a pauperização absoluta.

A crise, segue-se a **depressão:** o desemprego e o salários mantêm-se no nível da fase anterior, a produção permanece estagnada, as mercadorias estocadas ou são destruídas ou parcialmente vendidas a baixo preço. As empresas que sobrevivem procuram soluções tecnológicas para continuar em alguma escala de produção, mesmo com preços baixos para suas mercadorias; buscam, sobretudo, apoderar-se de mercadorias e fontes de matérias-primas — quando esse movimento, mais a concorrência entre ela, sinaliza a possibilidade de recuperação, criam-se estímulos para fomentar a produção.

Este é o quadro de **retomada (ou reanimação):** as empresas que sobrevivem absorvem algumas das que quebraram, incorporam seus equipamentos e instalações, renovam seus próprios equipamentos e começam a produzir mais. O comércio se reanima, as mercadorias escoam, os preços se elevam e pouco a pouco diminui o desemprego. A produção se restabelece nos níveis anteriores à crise e transita para a fase seguinte, e última, do ciclo.

Trata-se da fase do **auge (boom):** a concorrência leva os capitalistas a investir nas empresas, a abrir novas linhas e frentes de produção e esta é largamente ampliada, lançando no mercado quantidades cada vez maiores de mercadorias. O crescimento da produção é impetuoso e a euforia toma conta da vida econômica: a prosperidade está ao alcance da mão. Até que... um detonador qualquer evidência de repente que o mercado está abarrotado de mercadorias que não se vendem, os preços caem e sobrevém nova crise — e todo ciclo recomeça (NETTO; BRAZ, 2012, p. 172-173).

Vimos que a crise econômica segue um ciclo também: crise, depressão, retomada e auge. A crise põe o capital em risco, mostrando frágil a sua própria estrutura, mas este tipo de crise que Netto e Braz (2012) evidenciam promovem um processo de desenvolvimento, pois se trata de ciclos em que o sistema do capital se nutre. Todavia, apesar do final de cada ciclo da crise evidenciar o desenvolvimento, os trabalhadores são poupados. A cada ciclo o desemprego se expressa com mais evidência. Com isso, ocorre o aumento do desemprego e venda de empresas a baixo custo. Aquelas que têm mais capital, compram as empresas dos pequenos empresários. Em seguida, com a concorrência estabelecida no mercado, as empresas que conseguiram manter, mesmo com a crise, geram novas disputas.

Mas existe um tipo de crise que o sistema do capital deseja superar: é o que alguns autores chamam de crise estrutural. Este tipo de crise, ativada na década de 1970, tornou a vida do trabalhador ainda mais agravada, sobretudo por intensificar o

desemprego e a desigualdade social. Nesse sentido, segundo Antunes (2009), foi a partir dos anos 70 que o capitalismo começou a evidenciar em si um quadro crítico, trazendo alguns sinais desse quadro, entre eles, os mais intensos são: queda da taxa de lucro; esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista; hipertrofia da esfera financeira; maior concentração de capitais; a crise do *Welfare State* (Estado de bem-estar social) e incremento das privatizações (ANTUNES, 2009, p. 31-32). Nesse sentido, de acordo com Antunes (1999) é possível analisar que:

A crise capitalista não é outra coisa senão a ruptura de um padrão de dominação de classe relativamente estável. Aparece como uma crise econômica, que se expressa na queda da taxa de lucro. Seu núcleo, entretanto, é marcado pelo fracasso de um padrão de dominação estabelecido (...). Para o capital, a crise somente pode encontrar sua solução pela luta, mediante o estabelecimento da autoridade e por meio de uma difícil busca de novos padrões de dominação (HOLLOWAY, 1987, p. 132 *apud* ANTUNES, 1999, p. 33).

De acordo com Mézáros (2002): “[...] uma crise estrutural afeta a *totalidade* de um complexo social em todas as relações com suas partes constituintes ou subcomplexos, como também a outros complexos aos quais é articulada” (MÉSZÁROS, 2002, p. 797). Ele traz reflexões sobre alguns aspectos específicos da crise de hoje:

A novidade histórica da crise de hoje torna-se manifesta em quatro aspectos principais: (1) seu caráter é universal, em lugar de restrito a uma esfera particular (por exemplo, financeira ou comercial, ou afetando este ou aquele ramo particular de produção, aplicando-se a este e não àquele tipo de trabalho, com sua gama específica de habilidades e graus de produtividade etc.); (2) seu alcance é verdadeiramente global (no sentido mais literal e ameaçador do termo), em lugar de limitado a um conjunto particular de países (como foram todas as principais crises no passado); (3) sua escala de tempo é extensa, contínua, se preferir, permanente, em lugar de limitada e cíclica, como foram todas as crises anteriores do capital; (4) em contraste com as erupções e os colapsos mais espetaculares e dramáticos do passado, seu modo de se desdobrar poderia ser chamado de rastejante, desde que acrescentemos a ressalva de que nem sequer as convulsões mais veementes ou violentas poderiam ser excluídas no que se refere ao futuro: a saber, quando a complexa maquinaria agora ativamente empenhada na “administração da crise” e no “deslocamento” mais ou menos temporário das crescentes contradições perder sua energia (MÉSZÁROS, 2002, p. 795-796).

Assim, a crise estrutural atinge a totalidade do sistema, por isso acarreta uma série de contradições econômicas, sociais, políticas e culturais. Além disso, fornece as bases da redução significativa de direitos que foram conquistados pela luta dos trabalhadores além de redução e precarização dos serviços sociais que envolvem a

restrição da intervenção do Estado no campo das políticas públicas e dos serviços sociais.

Para compreendermos o que é precarização Alves (2007), define que precarização é um modo de reposição sócio-histórica da precariedade. É um processo histórico determinado pela luta de classes e pela correlação de forças políticas entre capital e trabalho. Precariedade é uma condição sócio-estrutural tendo como característica o trabalho vivo e a força de trabalho como mercadoria, ela atinge os que não tem controle dos meios de produção das condições objetivas e subjetivas da vida social.

A precarização e redução dos serviços sociais são apenas um dos efeitos deste tipo de crise como assevera Mézáros (2002):

Os serviços sociais mais elementares são submetidos a duros cortes: uma medida verdadeira do ‘trabalho civilizador’ do capital hoje. Contudo, até mesmo tais somas e cortes estão muito longe de ser suficientes para permitir ao capital seguir imperturbável o seu caminho: uma das formas mais evidentes da crise de dominação (MÉSZÁROS, 2002, p. 801).

Para responder à crise, os cortes em gastos sociais são ainda maiores, só que essas medidas não resolvem o problema. Deste modo, as transformações ocorridas na sociedade nos últimos tempos, notadamente a partir da década de 1970, configura um novo capitalismo que além de manter suas contradições iminentes ainda piora a condição de existência das pessoas, em especial àqueles que necessitam dos serviços sociais e das políticas públicas.

Para Netto (2012):

Foram as profundas transformações societárias emergentes desde a década de 1970 que redesenharam amplamente o perfil do capitalismo contemporâneo – está claro que, planetarizado, esse capitalismo apresenta traços novos e processos inéditos. Estas transformações estão vinculadas às formidáveis mudanças que ocorreram no chamado “mundo do trabalho” e que chegaram a produzir as equivocadas teses do “fim da sociedade do trabalho” e do “desaparecimento” do proletariado como classe, mudanças que certamente se conectam aos impactos causados nos circuitos produtivos pela revolução científica e técnica em curso desde meados do século XX (potenciada em seus desdobramentos, por exemplo, pela “revolução informacional” e pelos avanços da microeletrônica, da biologia, da física e da química). Mas são transformações que desbordam amplamente os circuitos produtivos: elas envolvem a totalidade social, configurando a *sociedade tardo-burguesa* que emerge da *restauração do capital* operada desde fins dos anos 1970 (NETTO, 2012, p. 416-417).

As mudanças no mundo do trabalho, através da globalização, tem impacto no

trabalhador, observando o nível de alienação, a precarização, o vínculo cada vez mais fragilizado entre classe trabalhadora e burguesia. Nesse momento, quando as ideias neoliberais ganham forças, “o período pós-1970 marca avanço de ideias neoliberais que começam a ganhar terreno a partir da crise capitalista de 1969-1973” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 125).

A crise estrutural do capital não se resume ao aspecto econômico; ela perpassa todas as áreas da vida humana como destacam Bezerra e Medeiros (2021):

A crise não se restringe à sua dimensão econômica, mas abarca a dimensão da reprodução social e seus processos sociopolíticos institucionais, como também a singularidade da vida cotidiana dos homens/mulheres. Esta crise atinge tanto a esfera econômica como a social e a cultural. Apreender hoje a crise sistêmica/estrutural do capital requer entender que ela ativa dois elementos antagônicos e associados, a saber: a restauração capitalista e a barbárie, instaurando “novos/velhos tempos conservadores” (BEZERRA; MEDEIROS, 2021, p. 58).

Deste modo, nos chama a atenção o que Mészáros (2002) nos evidencia:

Considerando que o capital só pode funcionar por meio de contradições, ele tanto cria como destrói a família; produz a geração de jovem economicamente independente com sua ‘cultura jovem’ e a arruína; gera as condições de uma velhice potencialmente confortável, com reservas sociais adequadas, para sacrificá-las aos interesses de sua infernal maquinaria de guerra. Os seres humanos são, ao mesmo tempo, absolutamente necessários e totalmente supérfluos para o capital. Se não fosse pelo fato de que o capital necessita do trabalho vivo para sua autoreprodução ampliada, o pesadelo do holocausto da bomba de nêutrons certamente se tornaria realidade. Mas já que tal ‘solução final’ é negada ao capital, somos confrontados com as consequências desumanizadoras das suas contradições e com a crise crescente do sistema de dominação (2002, p. 802).

Assim, o sistema do capital, através das contradições acima citadas, além de produzir um gigantesco arsenal de desenvolvimento, também destrói o que temos de fundamental e vital: a vida humana. Nós, seres humanos, não temos porque aceitar a esta lógica “que o homem tem o controle sobre tudo que domina”. E este domínio também traz sérias consequências para as políticas, serviços e programas que buscam minorar as condições de existência daqueles que buscam esses direitos. Neste campo, o Estado é também redirecionado para os interesses do sistema, conforme Netto (2010) afirma:

O Estado burguês, mantendo o seu caráter de classe, experimenta um considerável redimensionamento. A mudança mais imediata é a diminuição da sua ação reguladora, especialmente o encolhimento de suas “funções

legitimadoras”: quando o grande capital rompe o “pacto” que suportava o Welfare State, começa a ocorrer a retirada das coberturas sociais públicas e tem-se o corte nos direitos sociais – programa tatcherista que corporifica a estratégia do grande capital de “redução do Estado”, num processo de “ajuste” que visa a diminuir o ônus do capital no esquema geral de reprodução da força de trabalho (e das condições gerais da reprodução capitalista) (NETTO, 2010, p. 19).

O Estado se afasta das suas responsabilidades. Investe o mínimo nos serviços e nas políticas sociais, sejam elas na área da educação, assistência social, saúde, entre outras. No entanto, continua máximo para a capital. “A desqualificação do Estado tem sido, como é notório, a pedra-de-toque do privatismo da ideologia neoliberal: a defesa do “Estado mínimo” pretende, fundamentalmente, “o Estado máximo para o capital” [...] (NETTO, 2012, p. 422).

As políticas sociais têm sido afetadas com afastamento do Estado das responsabilidades inerentes, a exemplo da política de saúde que vem sofrendo redução de investimentos por parte do Estado. “A humanidade tem experimentado um momento diferenciado da história, no qual a crise estrutural do capital tem ativado, desde os anos de 1970, seus limites, impulsionando outras crises setoriais, como a da saúde pública [...]” (BEZERRA; MEDEIROS, 2021, p. 54).

Nesse sentido, a Contrarreforma² neoliberal no país e seus impactos nas formulações das políticas sociais têm impacto sem precedência na garantia de direitos sociais que foram conquistados na Constituição Federal de 1988.

A ofensiva capitalista em busca de novos nichos para a retomada de sua acumulação vem ditando as contrarreformas nos estados periféricos e redefinindo a atuação do Estado, a fim de atender às requisições do grande capital, tendo como uma das suas consequências o desmonte das políticas sociais (CORREIA, 2005, p. 95).

A contrarreforma do Estado tem diminuído a ampliação das políticas sociais. Cada vez mais o Estado atende às requisições de capital, tornando-se mínima a contribuição para a área social e máxima para capital. As políticas sociais são seletivas, focalizadas, direcionadas para uma parcela da população, sendo incapazes de reduzir a pobreza e garantir direitos sociais.

Nesse sentido, Netto (2012) coloca:

As corporações imperialistas, o grande capital, implementam a erosão

2 Recorrer a Behring e Boschetti (2008).

das regulações estatais visando claramente à liquidação de direitos sociais, ao assalto ao patrimônio e ao fundo públicos, com a “desregulamentação” sendo apresentada como modernização” que valoriza a “sociedade civil”, liberando-a da tutela do “Estado protetor” – e há lugar, nessa construção ideológica, para a defesa da “liberdade”, da “cidadania” e da “democracia” (NETTO, 2012, p. 422).

Outro ponto importante é a transferência de recurso público para o setor privado e para a sociedade civil através das Organizações Não-Governamentais (ONG). Com o chamamento da sociedade civil para a parceria público-privada, o Estado se afasta das suas responsabilidades com a sociedade e deixa de assumir o que lhe cabe constitucionalmente.

De acordo com Iamamoto (2001):

Dessa maneira, as respostas à questão social passam a ser canalizadas para os mecanismos reguladores do mercado e para as organizações privadas, as quais partilham com o estado a implementação de programas focalizados e descentralizados de combate à pobreza e à exclusão social (IAMAMOTO, 2001, p. 10).

O século XXI se inicia com transformações profundas nas políticas sociais nos países capitalistas centrais não se pode falar em desmantelamento, é inegável que as reestruturações em curso seguem na direção de sua restrição, seletividade e focalização (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 134).

A crise estrutural do capital e o Estado mínimo para o social acabam deixando o acesso a direitos garantidos com muita luta, em especial, no campo da saúde, precarizada. Nos últimos anos o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo descaracterizado: “[...] o Estado vem desenvolvendo medidas para fortalecer a rede privada filantrópica e para quebrar as barreiras entre o público e o privado, em benefício do mercado” (CORREIA, 2017, p. 71).

As privatizações de serviços essenciais são colocados em prática também, e a redução no investimento em todos os níveis de atenção à saúde. Também é identificado a transferência de responsabilidades que são do Estado ou que, no mínimo, deveriam ser compartilhadas, sendo colocadas para a sociedade.

2.2 A Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) como direito e efetivação na saúde dos brasileiros

O Brasil, na década de 80, passava por mudanças no cenário político e social

resultado da luta pelo fim da Ditadura Militar instaurada em 1964. Nesse período, ocorreu no país uma ampla mobilização dos movimentos sociais, centrais sindicais, outras entidades coletivas, pelo fim do regime ditatorial e pela democratização da sociedade e da saúde. Neste contexto, o Brasil passava por uma crise econômica profunda, com aumento da desigualdade social e o difícil acesso à saúde para a população (BRAVO, 2009).

Foi nesse processo de lutas que nos anos 1970, em meio à ditadura, surge o Movimento de Reforma Sanitária³ (MRS), que se constituiu no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização (SOUTO; OLIVEIRA, 2016), tendo como seus precursores o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que são entidades de suma importância para difusão e propagação dos debates sobre a democratização da saúde na sociedade brasileira (BRAVO, 2009).

Segundo Bravo (2009), as principais propostas debatidas foram:

A universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001, p. 09).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, em Brasília (DF), foi um fator de fundamental importância para a discussão que se refere à questão da saúde no Brasil. Tinha como temas centrais: a Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento (BRAVO, 2009). É indiscutível a importância da 8ª CNS para a

3 No caso do Brasil, surgiu em meados da década de 1970, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano seguinte. Nesse evento, reafirmou-se o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação). A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou o nome de Reforma Sanitária (PAIM, 2008, p. 26-27).

criação do SUS. Sobre esse momento, Bravo (2012), destaca:

[...] é o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde neste país. Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo mil delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário teve como eixos: "Saúde como direito de cidadania", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e "Financiamento Setorial". Foi Aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira está configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento. O relatório desta Conferência, transformando em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal (BRAVO, 2012).

Considerada como divisor para discutir um novo modelo de saúde para os brasileiros, a 8ª CNS reuniu uma ampla participação de representantes de várias entidades da sociedade civil, usuários, sindicatos, partidos políticos e profissionais de saúde. "Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade" (BRAVO, 2009, p. 96).

Sobre isso, Bravo (2009) ressalta:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2009, p. 08).

O que foi pensado e discutido durante esse tempo serviu de base para o texto final da Constituição Federal de 1988, assinalando um marco no acesso aos direitos sociais, em especial, o da saúde. A promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 ou Constituição Cidadã, proporcionou ao Brasil avanços na garantia de direitos sociais. Juridicamente, expressa, a expansão dos direitos sociais (BRAVO, 2009).
Para a autora:

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. As entidades que participaram da Plenária foram: sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2009, p. 04).

Desse modo, Medeiros (2008) explica:

A Constituição Federal de 1988 expressa uma formulação historicamente inédita no País, adotando um padrão de política social universalista e integrando intersetorialmente o sistema de proteção social, englobando a Previdência, a Saúde e a Assistência Social. Pode-se afirmar que, no plano das reformas sociais ensaiadas no País, a Reforma Sanitária apresentou o maior avanço ao iniciar um processo de profunda reestruturação político-administrativa do sistema de saúde, resultante de um significativo processo de lutas, consistindo no primeiro e mais adiantado exemplo de reforma no Estado brasileiro (MEDEIROS, 2008, p. 194).

Neste contexto, a CF de 1988 expressa o que há de mais avançado no Brasil em garantia de direitos. A saúde compõe o tripé da Seguridade Social juntamente com Assistência e a Previdência Social. Com isso, a assistência social é direcionada para quem dela necessitar; na previdência, o acesso é mediante contribuição e, a saúde, direito universal. Esta última, de caráter inovador por garantir a todo/a cidadão brasileiro o direito de ter acesso aos serviços ofertados pelo política de saúde.

Vale destacar que, em relação ao fortalecimento do acesso aos direitos sociais, é inegável que a saúde obteve mais êxito. Sem impor condicionantes para esse acesso, sem discriminar o cidadão, tendo como base o alcance universal (NOGUEIRA; MIOTO, 2009).

Na CF, seção II, os artigos 196 ao 200 são destinados à saúde. O Art. 196 destaca a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF/1988). Nesse sentido, União, Estados e Municípios precisam investir em serviços que visem a promoção da saúde, saneamento básico, vigilância, vacinação, entre outras ações que ajudem na prevenção de doenças e agravos.

Destacamos como caminho para essa efetivação a homologação da Lei Orgânica da Saúde nº8.080 de 1990 (LOS/1990) que “*Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*”. A Lei estabelece como vai se dar o funcionamento do SUS nas três esferas de governo, definindo as responsabilidades dos entes federativos: União, Estados e Municípios. Destaca, também, os objetivos e atribuições do SUS e a cada ente da federação são definidas suas competências e atribuições, colocando em prática princípios como a regionalização, hierarquização e organização do SUS de forma descentralizada entre

União, Estados e Municípios (BRASIL, 1990a).

Entretanto, o financiamento da saúde e participação social tinham sido excluídos do texto da Lei nº8.080. Pontos que foram duramente levantados e defendidos pelo MRS, posteriormente foram incluídos na Lei Complementar nº8.142/1990 o financiamento e participação social (BRASIL, 1990b).

A política de saúde como pensada pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS) deve ultrapassar a concepção curativa. É preciso na organização do SUS priorizar ações que superem a lógica biomédica, hospitalocêntrica e curativa. Nesse sentido, uma visão ampliada da saúde, precisa levar em consideração os condicionantes e determinantes sociais (SAVASSI, 2016, p. 8).

Segundo o Art 3º da Lei nº8.080/1990:

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 (BRASIL, 1990).

A visão ampliada da saúde permite compreender que existem fatores que interferem diretamente no adoecimento da população. As causas podem estar relacionadas a falta de renda, pouca instrução, a violência ou até mesmo dificuldade de acessar os níveis de saúde, na Atenção Básica e na média e alta complexidade.

Entre os níveis de atenção à saúde, temos Atenção Básica de Saúde (ABS), que está mais próxima da população, possibilitando o primeiro contato da população com a política de saúde, considerada a principal porta de entrada do usuário ao serviço. Em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revogada pela Portaria nº2.436 de setembro de 2017 e teve suas diretrizes revisadas. Precisamos compreender que:

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Sendo assim,

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica (AB) se operacionaliza com trabalho em rede e territorializado. Salientamos que é através das unidades de saúde que os serviços chegam à população em seus territórios. O trabalho realizado através das equipes de Saúde da Família (eSF) reafirma princípios básicos como: universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. As equipes de saúde são responsáveis pelos atendimentos aos usuários e seus familiares no território (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, alguns serviços são preconizados neste fazer pelas equipes de Saúde da Família, um deles é a Atenção Domiciliar (AD). Através das visitas domiciliares os profissionais prestam essa assistência aos/às usuários/as que têm dificuldade em ir à unidade de saúde.

Dessa forma:

A atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar. A proposta de atenção domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui traço importante para a efetivação dessa modalidade de atenção. Assim, a articulação com os outros níveis da atenção. O Ministério da Saúde e a intersetorialidade são fundamentais para a construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, bem como para aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2012).

Nesse contato no domicílio, os primeiros atendimentos estão intrinsecamente vinculados à atenção básica através das equipes de saúde da família. A AD resgata os princípios do SUS, como: integralidade do cuidado, universalidade e equidade.

AD se fundamenta na abordagem integral à família, consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador; trabalho em equipe e interdisciplinaridade; estímulo a redes de solidariedade (BRASIL, 2012). O trabalho articulado em rede, a construção de intervenções realizada pela equipe aumentam a resolutividade das situações identificadas.

A Atenção Domiciliar é compreendida como uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada como conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, recuperação e promoção à saúde (BRASIL, 2016). O serviço de Atenção Domiciliar (AD) não foi instituído com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em meados de 1988, sendo deixado à parte do SUS por muitos anos.

Segundo Savassi (2016),

A evolução da atenção no domicílio no âmbito da Atenção Primária à Saúde e dos Serviço de Atendimento no Domicílio passaria a se dar de maneira concorrente e não integrada, com limites sobrepostos entre os serviços. A visão de alguns autores, e do próprio Ministério da Saúde, era de serviços distintos pertencentes a níveis de atenção diferentes e, portanto, sem intercooperação (SAVASSI, 2016, p. 4).

O fato da AD não ter sido instituída na época da criação do SUS, por um bom tempo esteve distante dos trabalhos compartilhados com a atenção básica, tornando-se um serviço com viés mais competitivo do que integrado à atenção básica, muitas vezes, não atendendo a necessidade da população por uma assistência completa, como explicam Procópio *et al.* (2019):

No entanto, apesar dos avanços, tanto com relação à legislação que regulamenta a AD no Brasil quanto à qualidade do cuidado prestado, sua construção não fez parte do projeto que originou o SUS, assumindo um lugar de modalidade complementar na atenção à saúde. Assim, a sua oferta permanece aquém das necessidades no país, e ela encontra-se vulnerável às mudanças governamentais e prioridades econômicas (PROCÓPIO *et al.*, 2009, p. 593).

A consolidação do AD no SUS perpassa por caminhos longos. Vários documentos, manuais e portarias foram criados com intuito de organizar melhor o serviço. Por um bom tempo era apresentada como uma modalidade complementar, o que deixava à mercê dos interesses governamentais. Isso pode ser visto grande quantidade de portarias publicadas sobre a AD.

Como destacam Rajão e Martins (2020):

No total, somam-se 19 portarias que tratam da organização e efetivação de serviços relacionados com a AD: a primeira deliberada em 1998 e a mais recente em 2016. Paralelamente às portarias que formaram o arcabouço da AD no SUS, foram deliberadas outras 70 portarias que tratam de habilitar e desabilitar Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) em diversos municípios. Ao longo da criação das referidas portarias, foram também organizados 4 manuais instrutivos que, de maneira mais prática, explicitaram a organização atual do processo de trabalho da AD no SUS (RAJÃO; MARTINS, 2020, p. 1868).

Diante dos vastos documentos publicados sobre a AD no Brasil, vamos destacar algumas publicações que tratam da consolidação desse serviço. A primeira é a Portaria nº2.416 de 23 de março de 1998 que instituiu a primeira legislação voltada para a AD, estabelecendo requisitos para credenciamento de hospitais e inserido a internação domiciliar no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS).

Segundo Rajão e Martins (2020), “Apesar da criação do SUS determinar um novo cuidado na área da saúde com princípios basilares como universalidade, equidade e integralidade do cuidado, a AD ainda não tinha sido incluída no SUS”. Só uma década depois, foi incluída na Lei nº8.080/90.

Entretanto, foi em 2002, com a lei nº10.424 de 15 de abril, que o Atendimento e a Internação Domiciliar foi incluída na lei nº8.080/1990, do Sistema Único de Saúde. As informações trazidas no Capítulo VI do Subsistema de atendimento e internação domiciliar, determinam:

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 2002).

A incorporação sinaliza um avanço da AD no SUS. Observou-se maior clareza dos termos utilizados após o desmembramento do termo assistência domiciliar em

atendimento e internação domiciliar, como também, a definição das categorias profissionais que farão parte do equipe multidisciplinar.

Em janeiro de 2006, a promulgação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº11/2006 da Agência Nacional Sanitária (ANVISA) normatiza a Atenção Domiciliar no país. Na prática, a resolução não trouxe grandes mudanças nos serviços existentes à época (PROCÓPIO *et al.*, 2019). A seguinte resolução “Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que Prestam Atenção Domiciliar” (BRASIL/MS, 2006). Com a regulamentação, fica estabelecido a estruturação e o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) nos setores público e privado.

Ainda em 2006, a Portaria nº2.529 de 19 de outubro, institui a internação domiciliar no âmbito SUS, tendo como avanços a definição da organização e composição dos serviços de internação domiciliar e seu financiamento, a mesma sendo revogada pela Portaria nº2029/11 (RAJÃO; MARTINS, 2020). Contudo, foi observada uma lacuna em relação à regulamentação da atenção domiciliar na esfera federal, entre os anos de 2006 e 2011, revelando um desinteresse com a questão da Atenção Domiciliar no país (BRASIL, 2012). Passaram-se cinco anos para uma outportaria que trouxesse novos avanços para a AD no Brasil.

Em agosto de 2011, é publicada a Portaria nº2.029, onde institui a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo revogada e substituída pela Portaria de nº2527, que redefine a AD no âmbito SUS, estabelecendo as normas para cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), a habilitação dos estabelecimentos de saúde no qual estarão alocados e os valores do incentivo para o seu funcionamento (RAJÃO, 2018).

Para Procópio *et al.* (2019) o ano de 2011 foi promissor para ampliação e consolidação da AD no Brasil. A publicação da portaria GM/MS nº2.029/2011 que cria o Programa Melhor em Casa (PMC) e a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) no Sistema Único de Saúde (SUS) são exemplos disso. Essa Portaria foi promissora para expansão da AD no SUS, e para a participação do gestor federal no financiamento dos serviços ofertados dando maior organicidade e responsabilidade aos entes federativos.

Nesse mesmo ano, com a Portaria nº1600 de 7 de julho de 2011 foi reformulada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), e também criada a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS incluindo a Atenção Domiciliar como um componente da rede (BRASIL, 2011). Nessa perspectiva, o Art. 12 da portaria

estabelece que:

O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011).

No ano de 2013, é publicada a Portaria de nº963 revogando a portaria nº2.527/11. A mesma redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) autorizando que os municípios de menor porte pudessem ser habilitados. Atualmente, no Brasil, a Portaria vigente é a de nº825 de 25 de abril de 2016 que, além de definir a AD, também atualiza as equipes multiprofissionais.

Abaixo, no Quadro 1, estão sintetizados os documentos que foram abordados anteriormente, publicados entre os anos de 1988 e 2016, com ano de sua publicação, tipo de documento (portaria, lei, resolução) e do que foi tratado.

Quadro 1 – Apresentação das principais Portarias que regulamentaram a Atenção Domiciliar no Brasil.

Ano	Tipo de documento	Assunto
1998	Portaria nº2.416 de 23 de março de 1998	Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, a cargo destas instituições.
2002	Lei nº10.424 de 2002	Estabeleceu o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. Separando o termo assistência domiciliar em assistência domiciliar e internação domiciliar. Incorporando à Lei nº8.080 a internação domiciliar.
2006	Resolução nº11/2006 RDC/ANVISA	Regulação técnica a ser incorporada aos serviços públicos e privados que oferecem assistência e ou internação domiciliar.
2006	Portaria nº2.529, de 19 de outubro de 2006	Organização e composição dos serviços de internação domiciliar e seu financiamento no SUS.
2011	Portaria nº2.029, de 24 de agosto de 2011	Atenção Domiciliar como modelo de Atenção à Saúde no SUS. Determina os critérios para inscrição e habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Financiamento fundo a fundo.
2011	Portaria nº2.527, de 27 de outubro de 2011	Redefinição do AD no SUS. Permitiu que mais municípios fossem habilitados. Definiu novos critérios para implantação do SAD (população, localização geográfica).
2011	Portaria nº1600 de 7 de julho de 2011	Inclui a Atenção Domiciliar com um componente da rede de atenção à saúde.

2013	Portaria, de nº963, de 27 de maio de 2013	Redefiniu AD no SUS. Redefinição do AD no SUS. Permitiu que municípios de menor porte fossem habilitados e classifica as equipes em EMAD 1, EMAD 2 e EMAP.
2016	Portaria nº825, de 25 de abril de 2016	Redefiniu AD no SUS e realizou a atualização das equipes habilitadas.

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Ao refletir sobre os documentos instituídos voltados para AD no Brasil, é notório o avanço que essas publicações trouxeram para a aproximação da AD à população também a inserção da internação domiciliar no SUS, trazendo maior clareza dos termos de atendimento e internação domiciliar.

A incorporação da AD na Lei nº8.080 expressa um avanço, pois, como abordado anteriormente, a incorporação no SUS demorou uma década. Outro avanço foi a regulamentação da AD nos serviços da rede pública e privada, mostrando maior compromisso desses serviços.

Esses avanços permitem uma assistência mais humanizada àquelas pessoas que precisam continuar os cuidados em saúde em seus domicílios na presença de seus familiares. Entretanto, essa desospitalização gera impacto para os familiares, pois interfere diretamente na sua dinâmica, gerando gastos e dificuldade de lidar na prática com situações voltadas aos cuidados, que antes eram assumidos pelo hospital e os profissionais.

Na próxima seção, trataremos sobre a Portaria nº825, de 25 de abril de 2016, em vigência e que trata do PMC com desafios e possibilidades para AD enquanto direito e transferência de responsabilidades que o Estado faz à família.

SEÇÃO 3. A ATENÇÃO DOMICILIAR E SUAS PARTICULARIDADES HISTÓRICAS E SOCIAIS COMO DIREITO DOS INDIVÍDUOS E DEVER DO ESTADO

Neste capítulo, faremos uma explanação da atenção domiciliar no Brasil, suas primeiras práticas relatando, previamente, como se deu seu surgimento no mundo. Abordaremos suas modalidades, deixando claro que não é nosso objetivo fazer um aprofundamento sobre o tema, mas aguçar novas pesquisas sobre ele. Em seguida, trataremos o Programa Melhor em Casa (PMC) e a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) no Brasil, como inovadores na AD. Além disso, destacamos seu

objetivo, diretrizes, modalidades (AD1, AD2, AD3), funcionamento das equipes (EMAD e EMAP) e critérios de acesso do PMC.

Posteriormente, traremos uma discussão sobre *Home Care* na rede de saúde suplementar e a judicialização trazendo para a discussão como um direito que deveria ser garantido a todos revelando a ausência do Estado. Finalizaremos apresentando os desafios e as possibilidades na efetivação do AD, como direito à saúde e responsabilidade do governo. Outro ponto a ser abordado será o papel que a família assume no tocante a responsabilidades na implantação da AD.

3.1 Alguns serviços de Atenção Domiciliar (AD) como direito à saúde

As primeiras práticas de cuidado domiciliar no mundo surgiram na Europa da Idade Média, nos Estados Unidos em meados 1947, em virtude da necessidade de descongestionar os hospitais, disponibilizando leitos para novos pacientes. Assim, o cuidado no domicílio passou ser implantado onde “nos Estados Unidos, nos séculos XIX, a assistência domiciliar surgiu concomitante à assistência hospitalar, pois o modelo da quarentena não era eficaz na prevenção das doenças” (OLIVEIRA; KRUSE, 2017, p. 2).

Oliveira e Kruse (2017) explicam que:

Desde a Idade Média acontecem deslocamentos nos lugares de tratamento e cura das doenças. Naquele período, já existiam os hospitais, com a função de prestar assistência aos pobres e doentes que representavam ameaça à sociedade, devendo, portanto, ser excluídos da circulação coletiva. Esses lugares não objetivavam a cura e cuidado dos enfermos, mas, sim, a salvação da alma, pois os sujeitos da exclusão já eram considerados seres mortos. Desse modo, o hospital era considerado sinônimo de morredouro (OLIVEIRA; KRUSE, 2017, p. 2).

Os hospitais foram, durante longo tempo, espaços para retirar de circulação os doentes que representavam ameaças de infecção para a sociedade. Posteriormente, são os domicílios que são vistos como espaços de cuidados.

No Brasil, apesar da efetivação de uma política específica sobre atendimento e a internação domiciliar acontecer somente em 2002, com a lei nº10.424 de 15 de abril, incluída na lei nº8.080/1990, do Sistema Único de Saúde.

As primeiras práticas já podiam ser identificadas na década de 1920 com o médico e cientista Oswaldo Gonçalves Cruz e as profissionais de enfermagem

visitadoras que realizavam os cuidados nos domicílios. As visitadoras sociais realizavam as visitas orientando os cuidados com higiene, ações educativas com objetivos de prevenir agravamentos de algumas doenças transmissíveis (DIAS *et al.*, 2015).

Nesse sentido, Rajão (2018) acrescenta:

No Brasil, os primeiros serviços de saúde prestados em domicílio eram realizados por médicos de família, profissionais que atendiam seus clientes particulares, a assistência era considerada humanizada e de qualidade. Os que não tinham acesso a esse tipo de atendimento, então, acabam buscando a filantropia, curandeirismo e práticas caseiras (RAJÃO, 2018, p. 17).

As famílias de posse e de grande prestígio no Brasil tinham uma assistência de qualidade e as famílias empobrecidas, que eram assistidas pela filantropia, ficavam à mercê da caridade.

Enquanto primeira prática organizada de atenção domiciliar no país, há registros datados de 1946, com a implantação do Serviço de Assistência Médica de Urgências (SAMDU). Inicialmente, esteve vinculado ao Ministério do Trabalho (MT) e, posteriormente, foi assumido pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A criação do SAMDU foi considerada a primeira experiência organizada de atenção domiciliar no país (SANTOS *et al.*, 2020).

Segundo Rajão (2018), “em 1963, foi criado o primeiro serviço de atendimento domiciliar organizado por um hospital público, o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo” (2018, p. 17). Observamos uma organização, mesmo que tímida, de setores específicos com intuito de iniciar a atenção domiciliar.

No entanto, Savassi (2016) socializa alguns acontecimentos que foram importantes para impulsionar a Atenção Domiciliar. Assim, a autora destaca que:

A partir de 1978, impulsionado pelas discussões da Conferência de Alma-Ata, o movimento sanitário se reorganizaria, sendo realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que consolidaria as propostas da Reforma Sanitária Brasileira no sentido de um modelo Beveridgeano, de sistema nacional de saúde, resultando na Constituição Federal de 1988, que definiu o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Neste meio tempo, começam a se desenvolver alguns serviços de apoio a hospitais e surgem as primeiras experiências de Serviços de Atenção Domiciliar, impulsionadas por iniciativa ligadas a Secretarias Municipais de Saúde, ou a hospitais públicos (SAVASSI, 2016, p. 2).

Outro progresso para implantação da AD foi a criação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde⁴ (ACS), com agentes visitantes responsáveis por estabelecer elos entre o serviço de saúde e a população, e, posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF), que tornou-se Estratégia de Saúde da Família (ESF), articulando o trabalho em equipe, com foco na atenção à saúde sob as vertentes da prevenção, promoção, tratamento, cura e reabilitação (SAVASSI, 2016, p. 2).

Em 2000, já eram observadas diversas experiências de serviços de saúde que direcionavam suas práticas para o âmbito do domicílio, com diferentes características e modelos de atenção. Exemplo disso foi o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS (ADT-AIDS) e programas direcionados aos idosos. Ambos regulamentados por portarias (RAJÃO, 2018, p. 35).

Para maior compreensão da discussão em torno da AD, é necessário compreender sua definição e modalidades. Na literatura vamos encontrar uma variedade conceitual sobre atenção domiciliar, suas modalidades e operacionalidade. Entretanto, essa variedade acaba se complementando e gerando uma interdependência entre elas.

Nesse sentido,

Embora a atenção domiciliar à saúde esteja em processo de ascensão nas práticas de saúde, ela ainda não está completamente inserida nos sistemas de atendimento à saúde e na formação e/ou capacitação dos profissionais de saúde. Comporta diferentes modalidades que são importantes para sua realização; para este texto serão consideradas as seguintes: a atenção, o atendimento, a internação e a visita domiciliar. Por terem perspectivas e serem atividades diferenciadas e concomitantemente complementares, estes conceitos devem ser diferenciados pelos profissionais que os executam, seja para que haja uma melhor articulação da teoria com a prática, para a adequação da prática profissional daqueles que já atuam na atenção à saúde domiciliar, seja para a formação dos novos profissionais de saúde (LACERDA *et al.*, 2006, p. 89-90).

4 Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. Hoje, a profissão de agente comunitário de saúde (ACS) é uma das mais estudadas pelas universidades de todo o País. Isso pelo fato de os ACS transitarem por ambos os espaços – governo e comunidade – e intermediarem essa interlocução. O que não é tarefa fácil (Ministério da Saúde: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/composicao>). O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe. Todas as atribuições do ACS estão listadas na página 48 da Política Nacional de Atenção Básica.

Os autores apresentam quatro modalidades⁵ de atenção domiciliar, cada uma resguardando suas particularidades e objetivos. No Quadro 2, listamos as quatro modalidades que no campo teórico são abordadas por Rajão (2018).

Quadro 2 – Modalidades de Atenção Domiciliar, aspectos conceituais.

Tipo	Definição
Atenção Domiciliar	Em termos gerais, a nomenclatura 'Atenção Domiciliar' designa um conceito de maior amplitude, um termo geral que designa a organização do sistema e das práticas de saúde, que abrange o atendimento, a visita e a internação domiciliar.
Atendimento Domiciliar	Também considerado como assistência domiciliar ou cuidado domiciliar, na literatura internacional: <i>home care</i> .
Visita Domiciliar	Conceito mais difundido no sistema de saúde brasileiro e nas práticas de saúde da comunidade.
Internação Domiciliar	Modalidade da atenção domiciliar que se utiliza das tecnologias duras em saúde, relacionada com a prestação de serviços de média e alta complexidade.

Fonte: Elaborada pela autora com base em Rajão (2018).

Com essa variedade de terminologias referente a AD, é muito importante se apropriar desses termos para melhor compreender suas finalidades e objetivos. O que fica explícito é que a Atenção Domiciliar engloba as outras modalidades.

Na Atenção Domiciliar pode ocorrer o atendimento domiciliar, a visita domiciliar que é inerente à prática da AD, e, por último, a internação domiciliar. Esta última, necessita de tecnologias mais duras⁶. A transversalidade dessas modalidades permite

5 Por se tratar de um modelo recente no Brasil, há muitos termos utilizados para sua designação, como: "*home health care*", "*domiciliary care*", atendimento domiciliar à saúde, atenção domiciliar, enfermagem domiciliar, visita domiciliária, "*nursing home*", "*nursing care*", "*home care nursing*", enfermagem residencial, cuidado domiciliar, internação domiciliar, cuidados médicos domiciliares, cuidados de saúde no domicílio, atendimentos médicos domiciliares e outros tantos. Muitos são utilizados como sinônimos, devido à tradução e à interpretação dos vocábulos "*home care*" ou "*home health care*" em português. Todavia, a oferta de serviços no domicílio, bem como a realização de atividades neste contexto, têm diferenças significativas (LACERDA, *et al.*, 2006, p. 89).

6 As tecnologias relacionais que compõem o processo de trabalho são as "tecnologias leves", que se associam às tecnologias "duras" e "leve/duras" no processo de produção do cuidado. Lembramos que todo processo produtivo vai conter necessariamente as três tecnologias durante o trabalho, o que diferencia as práticas profissionais e sua orientação é a tecnologia e a hegemonia do processo produtivo a ser exercida pelas tecnologias duras e leve-duras, ou pelas leves. Isto vai contribuir para a definição do modelo tecnoassistencial. Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrada nas tecnologias duras (instrumentos) e leve-duras (conhecimento técnico), visto que, aquele se deu a partir da tensão criada sobre a rede de serviços, pelas corporações e mercado que atuam na saúde, para um processo de produção do cuidado centrado em procedimentos (MERHY,

que possam ser complementares entre si.

De acordo com que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, Atenção Domiciliar:

Constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada 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 integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2013).

Neste sentido, acrescenta Silva:

Os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SILVA KL *et al.*, 2010, p. 167).

Essa institucionalização aconteceu e encontra-se em vigor a Portaria nº825, de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Enquanto a modalidade que compõe a RAS, a AD precisa estar conectada a todos os pontos da rede. Assim, pode ser resolutiva para quem dela precisar. No próximo subitem iremos apresentar a Portaria vigente. Apresentaremos suas diretrizes, modalidades (AD1, AD2 e AD3), como cada uma se operacionaliza e quem é responsável pelo seu funcionamento. Traremos o financiamento como um avanço, os critérios de habilitação e descredenciamento das equipes.

3.1.1 Programa Melhor em Casa (PMC): rede de atenção à saúde

2005, p. 158). O trabalho em saúde mobiliza três tipos de tecnologias: as duras (medicamentos e equipamentos), as leves-duras (conhecimentos estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as leves (tecnologias relacionais que possibilitam a produção de relações subjetivas entre trabalhador e usuário). Diferentes modelos de prestação do cuidado em saúde se diferenciam também por distintas ênfases de tecnologias. Na Atenção Domiciliar, pelo trabalho desenvolvido fora da instituição, no domicílio, cenário de vida do usuário, as tecnologias leves ganham destaque. A maioria dessas experiências foram iniciativas de municípios ou de serviços isolados, que não contavam com diretrizes de políticas nacionais. Ademais, apresentavam lógicas diversas, entre elas, a substituição e continuidade dos cuidados hospitalares, a humanização e a racionalização do uso de recursos (RAJÃO, 2018, p. 17-18).

Nesse subitem vamos abordar o Programa Melhor em Casa⁷ (atenção domiciliar) realizando uma breve caracterização do programa e sua estruturação na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As mudanças no perfil sociodemográfico⁸ da população brasileira decorrente da diminuição da taxa de fecundação, o elevado aumento da expectativa de vida e processos epidemiológicos com agravamento das doenças crônicas têm exigido do sistema de saúde novas adequações. Entre essas mudanças, está a Atenção Domiciliar.

Nesse sentido, Rajão e Martins (2020) sinalizam que em outros países já vem sendo discutido a importância da:

[...] necessidade de adaptação do modelo de atenção em saúde, levando diversos países a pensar na Atenção Domiciliar (AD) como um ponto de cuidado estratégico para a atenção em saúde. O incremento da AD em diversos países segue, paralelamente, ao interesse dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente. A demanda por serviços de AD surge, assim, como mais um desafio para os sistemas de saúde, contribuindo para a mudança do enfoque do cuidado e do ambiente no qual a assistência é prestada (RAJÃO; MARTINS, 2020, p. 1864).

Apesar de iniciativas já identificadas voltadas para AD, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde (MS), lançou em 8 de novembro de 2011 o Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar), com o lema: a segurança do hospital no conforto do seu lar (BRASIL, 2011). Com isso, o governo cria a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD).

7 De acordo com o arcabouço formado pelas portarias que se sucederam a partir de 1998, em 2012 a AD toma a forma de um modelo de atenção a partir do Programa Melhor em Casa. Manuais e cadernos instrutivos são criados com o intuito de ilustrar a organização e o processo de trabalho desta modalidade de cuidado. São eles: Caderno de Atenção Domiciliar Volume 1 (2012) – que trata do funcionamento dos SAD; Caderno de Atenção Domiciliar Volume 2 (2013) – que trata da abordagem clínica na AD; Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa (2014); e o Caderno de Atenção Domiciliar Volume 3 (2015) – que trata de cuidados em terapia nutricional na AD (RAJÃO, 2018, p. 45).

8 Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>

O Programa Melhor em Casa (PMC) foi instituído pela Portaria nº2029 de outubro de 2011 que definiu a AD no SUS. Além disso, cria o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) representado em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. Essa Portaria foi substituída, no mesmo ano, pela Portaria de nº2.527, de 27 de outubro de 2011, que possibilitou aos municípios de menor porte populacional aderir ao Programa.

A PNAD expressa avanços na definição de recursos para implantação dos serviços de AD, repasse de recurso fundo a fundo e ordenação territorial e populacional como critério para aderir ao PMC (RAJÃO, 2018, p. 40).

Atualmente, a Portaria nº285, de 25 de abril de 2016, em vigor redefine a AD no SUS. O Programa direciona critérios para adesão ao serviço de AD: “(...) pessoas em estabilidade clínica, em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária, ou definitiva” (BRASIL, 2016) ou que apresente necessidade de reabilitação motora, pessoas idosas, usuário/a com comorbidades crônicas controladas ou cuidados pós-cirúrgicos (MIOTO; PRÁ, 2012, p. 4).

Apesar do envelhecimento da população ser um fator que impulsionou para implantação da AD:

A demanda por um cuidado continuado exercido em ambiente domiciliar, vem acompanhada de outras necessidades de saúde igualmente relevantes e elegíveis, como o cuidado prestado a bebês prematuros, crianças com sequelas e doenças crônicas, adultos com múltiplas doenças crônicas degenerativas, indivíduos com necessidade de cuidados paliativos, de suporte à vida e de reabilitação (RAJÃO, 2018, p. 40).

Observa-se que o público-alvo AD não está restrito à população idosa⁹, apesar desse público ser o que mais utiliza o serviço. Além disso, são variados os motivos de saúde que levam ao acionamento do serviço. Nesse sentido, segundo a Portaria em vigor, AD é reconhecida como uma modalidade de atenção à saúde de caráter substitutivo ou complementar que reafirma o cuidado no domicílio e que precisa estar interligada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). As ações precisam priorizar a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2016).

9 A utilização por crianças e indivíduos mais jovens não mostrou-se significativa. A partir dos 50 anos, nas duas modalidades, é percebido o aumento da utilização pelos serviços. A utilização por indivíduos a partir de 60 anos correspondeu a mais da metade de todos os serviços e procedimentos utilizados. Informação essa que vai ao encontro do destaque dado pela literatura a esta faixa, quando abordado os objetivos e a quem se destina a AD. A faixa etária, comparativamente, que mais utilizou a AD foi a de 70 a 79 anos, correspondendo a 20,5% das internações domiciliares, e 22,4% dos procedimentos domiciliares ambulatoriais (RAJÃO; MARTINS, 2020, p. 1871).

Para que a AD aconteça na prática, é preciso criar estratégias para seu funcionamento e envolver vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para estruturação da AD precisa ser levado em consideração as seguintes diretrizes:

- I – ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;
- II – estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;
- III – ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;
- IV – estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;
- V – adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e
- VI – estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador (BRASIL, 2011).

Para efeitos desta Portaria, o Art. 2º leva em consideração:

- I – Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede 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, garantindo continuidade de cuidados;
- II – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e,
- III – Cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016).

O Art. 2º mencionado, expressa a definição de atenção domiciliar, deixando clara a necessidade de estar vinculada à Rede de Atenção à Saúde e o domicílio ser espaço de continuidade do cuidado.

O cuidador vai prestar os cuidados direto e diário ao/a usuário/a. É a pessoa designada para ser o elo entre o/a usuário/a assistido/a pelo SAD e a equipe responsável. Cabe à equipe de Atenção Básica identificar se o/a usuário/a mora com alguém da família, caso contrário, é preciso designar alguém da comunidade para

esse cuidado. A presença do cuidador é essencial para a implantação da AD e para acionar o SAD. Esse cuidador pode ser do núcleo familiar, ou contratado pela família.

Ainda nesse artigo, é expresso que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem caráter substitutivo ou complementar ao hospital e será operacionalizado pela Atenção Básica e equipes Multiprofissionais EMAD e EMAP. O Serviço de Atendimento Domiciliar tem como objetivo: A redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

O SAD é composto por Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), sendo definidas como: EMAD tipo 1, EMAD tipo 2 e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). Cada uma tem critérios, quantidade de profissional e carga-horária definidos.

Tipo 1: a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

Tipo 2: a) profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho; b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

A EMAP só pode ser constituída com a presença de uma EMAD, e a composição da equipe é definida pela participação de três profissionais de nível superior a escolher, dentre eles estão: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional. E a CHS não pode ser inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

As equipes EMAP e EMAD que compõem as três modalidades de AD têm atribuições em comum. Art. 7º: Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I – trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;

II – identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;

III – acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;

IV – promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;

V – utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;

VI – pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;

VII – articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e

VIII – participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

Cada categoria profissional que compõem as duas equipes EMAP e EMAD tem atribuições em comum e cabe ressaltar que cada profissional é regido por suas legislações específicas.

Com relação ao Manual Instrutivo do Melhor em Casa, as modalidades existentes da Atenção Domiciliar são: AD1, AD2 e AD3, cada uma com seu objetivo e responsabilidades e podem ser complementares entre si. O Quadro 3 apresenta detalhamento dessas modalidades para melhor compreensão.

Quadro 3 – Definição e responsabilidades da Atenção Domiciliar em suas modalidades (AD1, AD2, AD3).

Modalidade	Definição	Responsabilidade
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.	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 contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.	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 equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.

Fonte: Adaptada pela autora com base em BRASIL (2012).

As Equipes Multiprofissionais EMAD e EMAP poderão atender nas modalidades AD2 e AD3. A Modalidade AD1 é de responsabilidade da Atenção Básica (AB), como explica Rajão (2018).

A AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica (eAB), enquanto as modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade dos SAD, atrelados aos estabelecimentos de saúde habilitados (UPAs, Hospitais, UBS, dentre outros) por meio das portarias deliberadas a partir de 2011(Tabela 1). O SAD, organizado a partir de uma base territorial, é referência em AD para uma população definida, relacionando-se com os demais serviços de saúde que compõem a RAS (RAJÃO, 2018, p. 46).

A AD articulada com a rede poderá atender aos usuários de acordo com suas necessidades nos três níveis de atenção: Atenção Básica (AB), Serviço de Atenção de Urgência e Emergência (SAUE) e no hospital. Tais níveis são a porta de entrada para paciente que necessite do cuidado em domicílio.

Quem precisar da AD pode solicitar de diversas formas: procurando o serviço diretamente, ou quando for encaminhado pela equipe da atenção básica, ou quando é encaminhado por algum serviço de saúde que compõem a Rede de Atenção. Em

estudo recente, realizado por Rajão (2018), a modalidade de AD mais utilizada¹⁰ foi a EMAD, seguida pela da EMAP e AD1.

O Capítulo IV da Portaria trata do financiamento. Mensalmente serão repassados para o ente federativo recursos para as equipes realizarem seus trabalhos. Para EMAD tipo 1 (50.000,00), para EMAD tipo 2 (34.000,00) e EMAP (6.000,00). Para a habilitação das equipes e recebimento dos custeios é preciso cumprir algumas exigências:

I – recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do projeto de criação ou ampliação do SAD;

II – habilitação do Município, Estado ou Distrito Federal com o quantitativo de equipes que comporão o SAD, por meio de portaria publicada no Diário Oficial da União (DOU); e

III – inclusão, pelo gestor local de saúde, da(s) EMAD e, se houver, da(s) EMAP no SCNES, correspondendo ao início de funcionamento destas, condicionando, assim, o início do repasse financeiro mensal.

Após habilitação das equipes, o recurso poderá ser suspenso pelo Ministério da Saúde (MS), na identificação das situações seguintes:

I – inexistência ou desativação do estabelecimentos de saúde em que as EMAD e EMAP estiverem sediadas;

II – ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as EMAD e EMAP, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica;

III – descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das EMAD e EMAP; ou

IV – falha na alimentação do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), ou outro que o substitua, por três competências seguidas.

Esses critérios de habilitação e de descredenciamento do serviço são necessários para maior comprometimento dos gestores com efetivação do serviço de AD. Infelizmente, quando se pensa na internação domiciliar, o Programa Melhor em

10Referente aos atendimentos domiciliares ambulatoriais, caminhamento à AD1, modalidade de cuidado de menor complexidade executada pelas equipes de Atenção Básica, ocorreu em 2,3% dos casos. Foi possível, também, observar que a maior parte dos atendimentos (93,3%) foi executada pelas EMAD, e apenas 6,7% executados pelas EMAP. E, ainda, que 63,3% das residências não eram cobertas por Estratégia Saúde da Família (ESF). Quanto à origem do paciente, 54,5% dos pacientes atendidos foram originados da Atenção Básica (AB), 23,8% egressos de internação hospitalar, e apenas 5,7% de serviços de urgência (RAJÃO; MARTINS, 2020, p.1871).

Casa não é contemplado.

No Art. 14 são listadas as situações que não são cobertas pelo SAD. Caso o/a usuário/a apresente pelo menos uma das situações abaixo, torna-se inelegível para o programa.

I – necessidade de monitorização contínua;

II – necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III – necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV – necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V – necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

Apesar do PMC estabelecer acesso à continuidade do cuidado na residência, a internação domiciliar que necessite de utilização de tecnologias duras o programa não presta esse serviços. Rajão e Martins (2020) explicam:

Preliminarmente foi, também, possível vislumbrar a internação domiciliar como um cuidado continuado da assistência hospitalar, enquanto a assistência domiciliar ambulatorial parece mais próxima de um cuidado substitutivo ou complementar à assistência ambulatorial. Esta última apresenta-se de uma maneira mais delineada, constituindo um programa específico – o Programa Melhor em Casa. Todavia, a internação domiciliar não é contemplada nos manuais instrutivos deste Programa, mostrando-se a parte dele (RAJÃO; MARTINS, 2020, p. 1874).

Esse tem sido um grande desafio para os/as usuários que precisam da internação domiciliar. Muitos não são cobertos pelo SAD, mesmo com indicação médica para esse acompanhamento no domicílio. A judicialização¹¹ tem sido o caminho que muitas famílias procuram para que esse direito seja garantido. No subitem a seguir, traremos um pouco dessa discussão que acontece tanto no Sistema Único de Saúde (SUS), como na saúde suplementar.

11 O termo judicialização da saúde tem sido utilizado para expressar a crescente demanda judicial relacionado à política de saúde e a tomada de decisão na assistência à saúde. A precarização do Sistema Público de Saúde no que refere ao fortalecimento de medicamentos antirretrovirais, para combater o avanço do HIV, foi um marco para o desenvolvimento da prática de judicialização da saúde no Brasil. A base jurídica da judicialização da saúde encontra-se na Constituição Federal de 1988, em seu art. 5º, inciso XXXV: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” Deste modo, a referida lei resguarda juridicamente o poder judiciário de atuar no cumprimento dos direitos sociais, inclusive na garantia do direito à saúde (LIMA; SILVA, 2017, p. 159-160).

3.1.2 *Home Care: Direito privado ou dever do Estado?*

O termo *Home Care* é americanizado, e, no Brasil, devido a tradução e interpretação é usado como sinônimo de atendimento domiciliar, cuidado domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar. Observa-se que o termo *home care* é utilizado com muita frequência por empresas privadas e operadoras de planos de saúde que prestam serviços de Atenção Domiciliar, termo, também utilizado com frequência na literatura internacional (LACERDA *et al.*, 2006, p. 91).

As empresas privadas e as operadoras de plano de saúde são regulamentadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº11/2006 da Agência Nacional Sanitária (ANVISA)/Ministério da Saúde (MS) que normatiza a Atenção Domiciliar no país na esfera pública e privada.

Essa resolução também aprovou o regulamento técnico a ser colocado em prática para todos os serviços da rede pública e privada que oferecem assistência e/ou internação domiciliar (ANVISA, 2006). As operadoras de plano de saúde não são obrigadas a prestar os serviços de AD, e, quando fazem, são colocadas como benefícios aos seus contratantes. A Agência Nacional de Saúde (ANS) não regulamenta a AD, apenas segue as orientações da ANVISA:

Como a atenção domiciliar na saúde suplementar não é parte do rol de procedimentos obrigatórios nem é regulada pela ANS, as operadoras optam por utilizar esse “guarda-chuva”, reservando para si mesmas os critérios de inclusão ou não dos usuários em programas de atenção que são oferecidos como “benefícios”. As operadoras que optam por ofertar essa modalidade de assistência estão sujeitas apenas à regulamentação da Anvisa, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº11/2006 (Brasil, 2006), que explicita aspectos organizacionais da atenção domiciliar, porém não estabelece critérios de contratualização nem mecanismos de regulação. Na saúde suplementar, bem como no âmbito do sistema público, também são frequentes as ações judiciais promovidas pelos usuários de planos de saúde, pleiteando cobertura, diminuição do tempo de carência, rescisões unilaterais e a não limitação de internações. Esse é um indicativo de direito de acesso em disputa, das limitações da regulação no campo da saúde e da ausência de critérios claros para a incorporação tecnológica (SILVA *et al.*, 2013, p. 775).

Por estar coberta legalmente pela não obrigatoriedade de prestar esses serviços aos seus contratantes, essas operadoras estabelecem critérios na contratualização dos serviços que serão oferecidos a quem faz adesão.

Segundo, Figueredo (2019):

No âmbito hospitalar, muitas operadoras de saúde (convênios) possuem

programas específicos para atuar no domicílio, caracterizados como Atendimento e Internação Domiciliar. profissionais de saúde dessas operadoras captam pacientes com internação de longa permanência ou o próprio médico do hospital solicita o serviço diretamente ao convênio, no intuito de planejar a continuidade da assistência no domicílio. Mediante o consentimento da família e do usuário sobre a viabilidade da alta hospitalar, a Assistência Domiciliar implicará redução de custos para a operadora, diminuição de complicações e infecções hospitalares, além de maior qualidade de vida ao usuário e seus familiares (FIGUEIREDO, 2019, p. 31).

Algumas estratégias são adotadas por algumas operadoras para diminuir os custos hospitalares, muitas criam Programas de Atenção Domiciliar (PAD) como forma de prestar os serviços no domicílio, em busca de reduzir os custos com as internações e liberação de leitos. Para tanto:

A desospitalização tem sido um fator motivacional para implantação da atenção domiciliar por reduzir os custos advindos de uma hospitalização desnecessária, existindo, dessa forma uma perspectiva econômico financeira de otimização de leitos hospitalares a partir atenção domiciliar, uma vez que, ao transferir o interno para o domicílio, há liberação de leitos que podem ser ocupados por clientes que demandem maior quantidade de insumos, procedimentos e serviços. Outra forma de racionalização dos gastos se dá pela terceirização dos serviços de atenção domiciliar (SILVA *et al.*, 2014, p.1565).

Esse caminho não é tão fácil, porque no âmbito privado o/a usuário/a, a família sente muita dificuldade de adesão na AD. Nem todas as operadoras de plano de saúde oferecem esse serviço, pois o serviço não encontra-se no rol de procedimentos da ANS, deixando a cargo das operadoras. Muitos vão em busca da judicialização, caminho encontrado para que seus direitos possam ser garantidos:

A judicialização é o retrato do descumprimento dos direitos sociais incluindo o direito à saúde. A judicialização, tomando como referência o contexto democrático e contemporâneo, expressa um caminho para reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições para garantir direitos de cidadania firmados em leis – nacionais e internacionais. Envolve, portanto, aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além do componente jurídico e de gestão dos serviços públicos. É a busca do direito por quem se sentiu lesado pela ação ou omissão de outrem. No caso das ações que buscam benefícios relacionados à saúde, fica subentendido o Estado como agente de omissão (SILVA *et al.*, 2013, p. 781).

A judicialização está presente tanto no âmbito privado quanto no público. Esse último, vem sendo fortemente fomentado. No Brasil, mesmo com a implantação da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) que se operacionaliza através do Programa Melhor em Casa (PMC).

A contratualização de serviços privados filantrópicos ditos complementares ao sistema único de saúde, constitui-se em uma das formas de captação do fundo público, pelo setor privado. O volume de recursos públicos, alocados na compra de serviços privados filantrópicos pelo setor público, especialmente, nos procedimentos hospitalares, demonstra que a referida complementariedade está invertida. A quantidade de serviços de saúde, realizada no setor privado, demonstra a referida complementariedade invertida, o que confronta o artigo 199 da Constituição Federal de 1988 (CORREIA, 2017, p. 76).

Se o usuário necessitar de uma internação domiciliar que necessite de equipamentos de alto custo e de uma equipe de profissionais que estejam presentes 24h, o programa não disponibiliza este serviço. O serviço está condicionado à assistência ambulatorial prestada pela equipe de AD1, AD2 e AD3. Deste modo, percebe-se que a atenção domiciliar ainda deixa muito a desejar, e continua distante da realidade de saúde da população brasileira. As famílias que acessam esses serviços, dependendo das condições financeiras, podem prestar uma assistência próxima do ideal. No entanto, a realidade da maioria da população brasileira é bem diferente. Por outro lado, algumas famílias recorrem a cuidados de saúde do setor privado através da relação público/privado.

Segundo Correia (2017):

Na fase da financeirização do capital e na sua busca incessante por lucros, a saúde tem sido uma área considerada rentável em expansão para o capital. Neste contexto, o ordenamento das políticas de saúde tem promovido o fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde, pois se quebram as fronteiras entre o público e o privado, e a lógica de mercado penetra em todos os espaços públicos. Nesta direção, o Estado não deve mais responsabilizar-se pela execução direta das políticas sociais, mas, apenas, coordená-las e financiá-las (CORREIA, 2017, p. 76).

Para ter acesso à internação domiciliar pelo SUS, necessita recorrer à judicialização para ter seu direito à saúde efetivado integralmente. Os manuais instrutivos publicados do PMC não citam a internação domiciliar no rol dos serviços ofertados. Nesse sentido, abordaremos os limites e as possibilidades para efetivação da AD enquanto direito do cidadão brasileiro responsabilizando o Estado por esta efetivação desse direito.

3.2 A atenção domiciliar como direito e dever do Estado: quais os limites e possibilidades

Neste subitem, não pretendemos explorar a categoria Estado, mas trazer uma breve explanação destacando-o como provedor das políticas sociais e garantidor dos direitos inerentes à pessoa humana, assim, como consta na Carta Magna de 1988. Ao mesmo tempo que deve garantir esse papel, também se exime do mesmo. Nesse rol de discussão e problematização continuaremos tendo como foco o Programa Melhor em Casa (PMC).

Com a garantia de direitos sociais conquistados com a promulgação da CF de 1988, avanços significativos para população brasileira são apresentados, como foi abordado anteriormente. Paralelo a isso, o Brasil vivenciava uma contrarreforma do Estado que impactava diretamente na manutenção desses direitos sociais conquistados com a Constituição Cidadã.

As conquistas no campo dos direitos sociais vão de encontro com a redução do papel estatal. A ideologia neoliberal que chegou ao Brasil na década de 1990 não permitiu um avanço na seguridade social conquistada a duras lutas (SOUZA *et al.*, 2021).

Segundo Souza *et al.* (2021), cabe destacar que o Brasil nunca vivenciou um Estado de Bem-Estar Social. “Em 1988, foi criado no Brasil, tardiamente, um sistema de seguridade social a partir de um padrão universal de proteção social: em meio a introdução do pensamento neoliberal, não encontrou espaços para ser concretizado de fato” (SANTOS, 2017, p. 96-97).

Nesse sentido,

As transformações neoliberais das últimas décadas impuseram à família a obrigação pela garantia do bem-estar social de seus membros, desconsiderando seus processos de mudança. No Brasil, sob a égide do neoliberalismo, as políticas sociais desde sempre se apresentam com forte traço familista, imputando às famílias cada vez mais, responsabilidades a sua proteção social mesmo sem condições de garanti-la. A transferência de responsabilidade do Estado para as famílias é percebida nas mais diversas formas, fazendo com que, em muitos casos, nem o próprio familiar conseguisse vislumbrar a negação dos seus direitos. Isso pode ser percebido na relação das famílias com os serviços, na burocratização, na negação, ou a retirada de algum serviço para a população que acaba por punir (MARÇAL *et al.*, 2020, p. 16-17).

O ajuste que ocorre no papel do Estado é resultado das contrarreformas que

acontecem no aparelho estatal decorrente da crise estrutural do capital que iniciou na década de 1970, colocando em práticas as políticas sociais diferentes do que foi idealizada na constituição.

O que identificamos foi uma redução do papel do Estado. As políticas de cunho universalistas, passam a ser focalizadas, restritas, descentralizadas e seletivas. Cada vez mais, as políticas sociais não atendem as necessidades da população, são voltadas e pensadas para atender o mínimo de pessoas, entre as mais pobres. Focalizadas e reducionistas com viés assistencialistas representam na sua operacionalização o afastamento do Estado.

A transferência de responsabilidade das atribuições do Estado para a sociedade civil, em especial, para as famílias, é chamado de familismo por Esping-Andersen (1991). O Estado reforça essa transferência com a criação de programas que condicionam a presença da família para poderem ser operacionalizados (MARÇAL *et al.*, 2020).

Desse modo, ao analisar a Política de Atenção Domiciliar (PAD) e Programa Melhor em Casa (PMC), Grah (2018) nos leva a refletir:

O Programa Melhor em Casa possui um forte apelo de transferência de cuidados em saúde para o espaço dos lares, tendo como figura central o cuidador, que será a pessoa de referência para o desenvolvimento das atividades de cuidados em saúde do sujeito adoecido. Apesar da grande veiculação do programa como um benefício para os usuários, não esconde a intencionalidade de diminuição de custos em saúde e de leitos hospitalares (GRAH, 2018, p. 81).

A família entra no rol dessa responsabilidade no cuidado, muitas vezes para além da sua capacidade e condição de exercer essa demanda. Por outro, nos deparamos com um Estado que se afasta do seu papel.

Os custos para a família têm impacto diferenciado, considerando os diferentes níveis de poder aquisitivo, havendo maior impacto para as famílias de baixa renda. O que pode colocar em questão a continuidade do cuidado no domicílio. Estudos demonstram ser difícil para o cuidador conciliar o cuidado domiciliar com um trabalho remunerado, havendo frequentemente o abandono temporário ou definitivo do trabalho, e até a recusa de um emprego (SILVA *et al.*, 2014, p. 1566).

Os serviços de atenção domiciliar, como abordado nos itens anteriores, para sua operacionalização nos requisitos exigidos está a presença de um cuidador/a podendo ter laço consanguíneo ou não. O cuidador é a pessoa que presta os cuidados

diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. Quando cuidador não é do vínculo familiar, é preciso que os reponsáveis pelo usuário se reponsabilizem financeiramente, estabelecendo vínculos empregatícios.

É importante que a equipe de atenção básica, ao detectar que o usuário reside só, tente resgatar a família dele (BRASIL, 2012). Além dessa transferência do cuidado, vem junto diversos procedimentos e conhecimentos que muitas famílias não têm, ou melhor, que não são de suas responsabilidades. Responsabilidades que deixam os cuidadores adoecidos.

Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar, volume 1, cabe ao cuidador as seguintes competências:

Quadro 4 – Competências atribuídas aos cuidadores.

Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima.
Estimular e ajudar na alimentação.
Ajudar a sair da cama, mesa, cadeira e a voltar.
Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações).
Participar do tratamento diretamente observado (TDO).
Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto.
Servir de elo entre o usuário, a família e a equipe de saúde.
Administrar medicações, exceto em vias parenterais, conforme prescrição.
Comunicar à equipe de saúde as intercorrências.
Encaminhar solução quando do agravamento do quadro, conforme orientação da equipe.
Dar suporte psicológico aos pacientes em AD.

Fonte: Adaptação do Caderno de Atenção Domiciliar (2012).

As competências destinadas aos cuidadores ultrapassam os cuidados habituais que estão relacionados aos filhos e afazeres domésticos do nosso cotidiano. O que exige são cuidados mais específicos, refinados, técnicos que esses cuidadores não recebem nenhuma remuneração para exercê-los. O que se espera é que a rede de apoio familiar e comunitária aconteça de forma solidária (GRAH, 2018).

O cuidador transita entre a função de prestador do cuidado e também de usuário, já que, simultaneamente, desempenha práticas do cuidado, demanda apoio técnico, emocional e social dos profissionais de saúde. Uma questão a ser levada em consideração, diz respeito ao cuidador familiar

eleito, na maioria das vezes, ser representado por mulheres, papel comum a esposa ou filha. Nessa ótica, a tarefa de cuidar associada à figura feminina tem raízes históricas, culturais, sociais e afetivas; ou seja, é tradicionalmente responsabilidade da mulher o trabalho de casa, crianças, idosos ou doentes, vista como uma cuidadora (RAJÃO; MARTINS, 2020, p. 1864).

As atribuições dadas para o cuidador requerem conhecimentos mais aprimorados, refinados, que muitos cuidadores não têm, pois precisam de conhecimento técnico que muitas vezes são atribuições de profissionais da área da enfermagem. Outro ponto importante trazido pelas autoras, é o papel feminino neste cuidado. Culturalmente, os trabalhos domésticos são destinados à mulher.

Essa responsabilidade para um único familiar e, por indução, a mulher, reforça a lógica patriarcal do cuidado voltado para a figura feminina. Estudo de Marçal *et al.* (2020) realizado com cuidadoras apontam para sobrecarga de tarefas realizadas por elas. Muitas saem de seus trabalhos formais para cuidar de forma integral dos internados domiciliares sem nenhuma remuneração. Para além da capacidade de realizar o cuidado, apoio emocional, a renda tem sido outra responsabilidade transferida à família pelo Estado:

A transferência da assistência ao usuário do âmbito hospitalar para o domiciliar tem implicado também a transferência à família da responsabilidade pelos diversos custos materiais acarretados pelo tratamento em domicílio. Além disso, exige dos familiares capacidades emocionais para participar ativamente do processo de trabalho característico da assistência domiciliar. Ao mesmo tempo, a assistência domiciliar favorece a redução dos custos operacionais dos serviços, na medida em que proporciona recuperação mais rápida, diminuição de complicações infecciosas, etc., mas, sobretudo, porque junto com o paciente também são transferidos muitos custos, sejam diretos, tais como os gastos com materiais e medicamentos, como indiretos, advindos da carga de trabalho e das oportunidades perdidas de vida do cuidador e da família ao assumir o cuidado domiciliar (SILVA *et al.*, 2014, p. 1562).

Muitas famílias precisam assumir os gastos com medicamentos, materiais para realizar os curativos e alimentação. Os custos nos hospitais são reduzidos, porém, os custos assumidos pelas famílias aumentam. São estratégias que colocam sobre a família deveres que são do Estado reduzidos ao mínimo.

Nesse sentido, Miotto e Prá (2012) destacam três inflexões que podem ser observadas nesse programa: a primeira diz respeito em formalizar a família como a principal responsável no cuidado em saúde; a segunda refere-se que ao escolher a instituição família como sujeito fundamental do programa, não é capaz de incluir todas as configurações de famílias existentes; e, a terceira, ao transferir essa

responsabilidade para as famílias induz a privatização que traz à tona a relação entre mercado e família.

O impacto dessa responsabilidade transferida para a instituição família, é alertado também por Figueiredo (2010): “gerando muitas vezes mudanças importantes na dinâmica de vida da família e sobrecarga física e/ou financeira, vulnerabilidade social, conflitos familiares e a diminuição da renda causado pelo aumento de gastos que devem ser considerados ao se propor a AD (FIGUEIREDO, 2010, p. 31-32). O autor aponta a importância de, ao propor a AD, que levem em consideração todos esses impactos que a família passa a assumir.

Oliveira e Kruse (2017) sinalizam outro fator importante com a AD:

Em outras palavras, propõe a economia de recursos humanos e materiais da instituição hospitalar com o deslocamento do paciente para o domicílio. O hospital oferece equipe multiprofissional de saúde e equipamentos necessários para a realização do cuidado domiciliar, com o objetivo de reduzir gastos, uma vez que a internação domiciliar não exige a vigilância dos profissionais de saúde e a manutenção do paciente por 24 horas, como ocorre no espaço do hospital. O paciente retorna à sua casa, ficando protegido de infecções hospitalares, e a família executa os cuidados, assumindo o papel institucional de promover a recuperação, o conforto, o alívio do sofrimento, com apoio e controle da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (OLIVEIRA; KRUSE, 2017, p. 4).

Não há possibilidade de um hospital ter uma equipe multiprofissional disponível 24h sem que não haja gastos com profissionais, no domicílio isso não acontece. As famílias passam a contar com as equipes vinculadas aos SAD que dispõem de uma carga horária semanal estabelecida e com visitas pré-agendadas.

Seguindo esta lógica, Grah (2018) explica:

Na política de saúde, que apresenta retrocessos nos mais diferentes matizes, como, por exemplo, a redução de oferta de recursos públicos e abertura para o mercado privado da saúde, destaca-se o Programa Melhor em Casa, que se traduz numa forma peculiar de privatização, ou seja, uma privatização não clássica, traduzida em processos de transferências de custos de cuidado em saúde para as famílias sob o argumento de diminuição de internações hospitalares. Não adverso, entende-se que a formulação deste Programa caminha na esteira do processo de retração dos direitos sociais frente ao contexto econômico e político brasileiro que se delonga desde a época da invasão dos ideais neoliberais, nos anos 1990 (GRAH, 2018, p. 73).

A privatização dos serviços públicos está a serviço do grande capital, que beneficia o interesse do mercado e, conseqüentemente, do lucro, cujo benefício para a humanidade é deixado de lado, trazendo sérios prejuízos para o cotidiano dos

indivíduos como vimos no decorrer deste trabalho. O PMC é reflexo dos ideais neoliberais que chegaram ao Brasil na década de 1990.

4 CONCLUSÃO

A pesquisa: "A Política Nacional de Atenção Domiciliar face à precarização dos serviços sociais: alguns apontamentos para o debate", buscou analisar a implantação da Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) identificando os impactos da crise do capital para sua efetivação.

Na primeira Seção, observamos que o capitalismo desde o seu surgimento esteve vinculado à exploração do trabalhador. Essa exploração tira do proletariado a capacidade de fazer escolhas que os beneficiem. Pelo contrário, precisam se submeter a trabalhos desumanos e degradantes. Em vários momentos o capital entra em crise; essas crises, fortalecem o sistema capitalista. Entretanto, a crise estrutural envolve a totalidade trazendo ainda mais pauperização para a classe trabalhadora.

Nesse ínterim, o Estado assume papéis que, em determinado momento, aproxima-se de um Estado de Bem-Estar Social; em outros, torna-se mínimo para garantia de direitos. Em todos esses momentos, o grande objetivo é lucrar, acumular cada vez mais.

Observamos que a crise estrutural do capital iniciada na década de 1970 tem impacto devastador nos serviços sociais. Os serviços voltados para a área da saúde, especificamente os direcionados para a AD, têm tomado configurações que desresponsabilizam o Estado do seu papel de garantidor de direitos, preconizados pela Constituição Federal de 1988, e transfere para o núcleo familiar esse papel.

A Constituição Cidadã, que foi promulgada a duras lutas pelo Movimento de Reforma Sanitária, sofreu ajustes na sua implementação, diferente do que foi pensado. As ideias neoliberais de retração do Estado que foram colocadas em prática na década de 1990, no Brasil, sinalizam uma postura que fere à dignidade humana e direitos sociais essenciais para o ser humano. Nesse sentido, o SUS tão desejado, não acontece como foi pensado. Até os dias atuais vem sendo desestruturado.

Ao analisar a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), até sua implementação, percorreu longos anos. Antes da Constituição Cidadã, as práticas de AD eram realizadas de forma individual e de acordo com a necessidade naquele momento, como as visitadoras sociais que realizam a AD com objetivo de orientar às famílias sobre higiene. Em outro momento, era acessado pelas famílias abastadas que preferiam ser cuidadas no domicílio. Aos poucos, foi sendo organizada por iniciativa dos hospitais.

Apesar da CF representar avanços na garantia de direitos, a AD não é incluída inicialmente no SUS com a Lei nº8.080/1990, mas, uma década depois. Posteriormente, é incluída como modalidade de atenção à saúde, de forma complementar ou substitutiva ao hospital. As inúmeras portarias criadas para regulamentar a AD no Brasil demonstram certo distanciamento dos princípios do SUS como: a integralidade, universalidade e equidade.

Na segunda seção, compreendemos que o Programa Melhor em Casa (PMC) com o lema muito atrativo: “A segurança do hospital no conforto do seu lar” estruturasse com a necessidade básica de transferência de responsabilidades para a família. Mesmo com avanço na organização da AD, ao mesmo tempo, há reforça num Estado cada vez mais ausente de seu papel.

A internação domiciliar não é coberta pela PMC, apenas as que se referem a ambulatorial que podem ser contempladas pelas modalidades: AD1, AD2 e AD3. A judicialização tem sido um caminho que muitas famílias percorrem. Os que recorrem à assistência suplementar, também precisam judicializar esse serviço. As operadoras de plano de saúde oferecem benefícios no momento da adesão ao plano, mas não como direito.

Nota-se, ainda, que a responsabilidade da família não é só no cuidado, no apoio emocional e físico, mas na questão dos custos, na transferência de gastos financeiros que as famílias não têm como suprir, gerando nesse espaço familiar conflitos. Observamos a responsabilidade da mulher nesse cuidado, reflexo de uma sociedade patriarcal.

O estudo nos mostra que precisamos ir além do que nos é apresentado. Realizar uma avaliação crítica sem desmerecer o avanço da PNAD. Estudos apontam que o cuidado no domicílio ajuda na recuperação. Receber a equipe de saúde na residência remete a uma assistência completa, entretanto, na lógica capitalista, não.

O acesso universal aos direitos, ao cuidado completo e humanizado, na lógica do capital, não existe. Reflexo disso são as políticas sociais cada vez mais focalizadas, descentralizadas, seletivas, que ainda são destinadas para uma parcela pequena da sociedade. No campo da saúde, os gastos com essa política têm sido reduzidos, o desmonte do SUS tem sido intensificados nos últimos anos. O grande capital ditando as regras e o Estado como grande executor. Nesse sentido, pelo que foi apontado nesta pesquisa, ao se pensar o cuidado no conforto do seu lar como um processo de humanização torna-se ao mesmo tempo desumanizador, pois a responsabilidade que

é imposta à família desobriga a responsabilidade do Estado na condução de todo processo de bem-estar para esta população que necessita destes serviços e que muitas vezes precisa ser judicializado para que o direito chegue em tempo oportuno, tornando-se ainda mais brutal e avassalador às famílias.

REFERÊNCIAS

- Alves, G. Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de sociologia do trabalho. 2ª edição – Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007. ISBN 978-85-99728-10-9
- BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. Política social: fundamentos e história. São Paulo: Ed. Cortez, 2009.
- _____. ROSSETTI, E. A Política Social no contexto da crise capitalista In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.
- BEZERRA, A.L.S; MEDEIROS, M.G. Serviço Social e crise estrutural do capital em tempos de pandemia. **Temporalis**, Brasília, DF, n. 41, p. 53-69, jan/jun. 2021. ISSN 2238-1856. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34423>>. Acesso em: 11 mai. 2022.
- BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. 3.
- _____. Lei nº8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. 1990.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>. Acesso em: 03 ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. 2 v.: il. Volume 1 – Brasília: 2012. ISBN 978-85-334-1966-7. Acesso em: 18 mar. 2019.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº825/GM/MS, 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, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 78, 26 de março 2016. Seção 1. Disponível em:<https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827>. Acesso em: 03 ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº963/GM/MS, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº2.029/GM/MS, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 06 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº2.436/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Brasília, 2017.

BRAVO, M.I.S. *et al.* Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. [*et al.*]. (Org.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. – São Paulo: Cortez, p. 88-110, 2009.

_____. M.I.S. *et al.* Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 5. ed. Rio de Janeiro: 2012.

CORREIA, M.V.C. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M. (Org.) Reforma sanitária e Contrarreformas na saúde: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2017.

DIAS, *et al.* A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. J Manag Prim Heal Care. 2015. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/239>>. Acesso em: 22 mar. 2022.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. Lua Nova. São Paulo (SP), n. 24, p. 85-116, 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H/#>>. Acesso em: 10 mai. 2022.

GRAH, B. **O Programa Melhor em Casa enquanto arquétipo do familismo na política de saúde e suas nuances no estado de Santa Catarina.** 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/189923#:~:text=em%20Servi%C3%A7o%20Social-,O%20Programa%20Melhor%20em%20Casa%20enquanto%20arqu%C3%A9tipo%20do%20familismo%20na,no%20estado%20de%20Santa%20Catarina&text=Resumo%3A,o%20norte%20da%20presente%20disserta%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 10 mai. 2022.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 21. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. M.V. A Questão Social no Capitalismo. **Revista Temporalis** 3 – Ano II, nº3, Jan/Jul. 2001. Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

_____. M.V. Mundialização da Capital, Questão Social e Serviço Social no Brasil. **Revista em Pauta**. Mundialização, Resistência e Cultura, nº21, 2008.

LACERDA, M.R. *et al.* Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 88-95. Paraná, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rBpvkcD5z8dtRy4S9xwV77m/?lang=pt#>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

LIMA, C.R. ; SILVA, C.B. A garantia do direito à saúde no contexto de contrarreforma do Estado: a universalização à judicialização. In: CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M. (Org.) **Reforma sanitária e Contrarreformas na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: Edufal, 2017.

MARÇAL, A.C.C. *et al.* Cuidadoras domiciliares em saúde e responsabilização familiar: as vozes quase nunca ouvidas. **Emancipação**, v. 20, p. 1-20, Ponta Grossa: Editora UEPG, 2020. Disponível em: <<https://revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/13390>>. Acesso em: 22 mar. 2022.

MARX, K. **O capital**. Vol. I, tomo 1, São Paulo: Abril cultural, 1983.

_____. **O capital**. Vol. I, tomo 1, São Paulo: Abril cultural, 1984.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos**, trad. Alex Martins, São Paulo: Martin Claret, 2006.

Merhy, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MÉSZÁROS, I. **Para Além do Capital: Rumo a uma teoria da transição**. Trad. Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa. 1. ed. São Paulo, Editora da UNICAMP/Boitempo Editorial, maio de 2002.

MIOTO, R.C.T; PRÁ, K.R.D. **Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira**. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 12., Juiz de Fora, 2012.

NETTO, J.P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução à crítica**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. J. P. Uma face contemporânea da barbárie. III Encontro Internacional “Civilização ou Barbárie”. Serpa, 30-31 de out. /1º de nov. de 2010, p.1-41. Disponível em: <<https://pcb.org.br/portal/docs/umafacecontemporaneadabarbarie.pdf>>. Acesso em: 6 mai. 2022.

_____. J. P. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/D6MmJKCjKYqSv6kyWDZLXzt/?lang=pt#>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

NOGUEIRA, V.M.R.; MIOTO, R.C.T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde — SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, E.E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. ed 4. , p. 218-241.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. Melhor em casa: dispositivo de segurança. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(1). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/znFvYxJY6GLQXxxFxFk8hF7r/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Conclus%C3%A3oA%20aten%C3%A7%C3%A3o%20domiciliar%20como%20dispositivo,que%20propiciar%C3>>

%A1%20a%20tecnologia%20necess%C3%A1ria>. Acesso em: 14 mai. 2022.

PAIM, J.S. Introdução. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 25-34. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em:<<https://books.scielo.org/id/4ndgv>>. Acesso em: 21 set. 2021.

PROCÓPIO, L. *et al.* A atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**. 2019, v. 43, n. 121, p. 592-604. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/#>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

RAJÃO, F.L. **Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre o marco legal, consolidação e utilização de serviços no âmbito do SUS**. 2018. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30862>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

_____. F.L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2020, v. 25, n. 5, p. 1863-1877. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/wqxNqstXftvkTvLxzHz3gJn/?lang=pt#>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

RICARDO, A. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

SANTOS, V.M. A contrarreforma e a privatização do SUS: as Organizações Sociais (OSs) como modelo privatizante. In: CORREIA, M.V.C; SANTOS, V.M. (Org.) **Reforma sanitária e Contrarreformas na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: Edufal, 2017.

SAVASSI, L.C.M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. 2016;11(38):1-12. Disponível em:<<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>>. Acesso em: 14 mai. 2022

SILVA, K.L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/SKnVLNn6TtQn8Y9SQ4NYnSK/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 166-176, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/63n9VWwmbmvpcB5zC5yS Vv/?lang=pt>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. Desafios da Atenção Domiciliar sob a perspectiva da redução de custos/racionalização de gasto.**Rev. Enferm. UFPE**, Recife, 8(6):1561-7, jun., 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9846>>. Acesso em: 20 jul. 2020.