

VERA LÚCIA VIDAL DOS SANTOS

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ATENDIMENTO
HOME CARE**

BACHARELADO EM DIREITO

FIC-MG

2012

VERA LÚCIA VIDAL DOS SANTOS

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ATENDIMENTO
HOME CARE**

Monografia apresentada à banca examinadora da Faculdade de Direito, das Faculdades Integradas de Caratinga-FIC, como exigência para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do professor Cláudio Boy.

FIC – CARATINGA

2012

AGRADECIMENTOS:

Agradeço a Deus pois o que seria de mim sem a fé que tenho nele.

Ao meu querido e falecido esposo que, com muito carinho e apoio, não medindo esforços, lutou para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao professor Cláudio Boy, meu orientador e a todos os professores que formaram o corpo docente, pela didática apresentada, competência, paciência e incentivos, tornando possível a conclusão desta monografia.

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei, pois se não fosse por elas não teria saído do lugar.

Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês, em especial o meu filho Geraldo Magela e meu irmão Cleber.

MENSAGEM:

“Para conhecermos os amigos é necessário passar pelo sucesso e pela desgraça, no sucesso, verificamos a quantidade e, na desgraça, a qualidade”.

Confúcio

“Epígrafe”

Quando você encontra alguém especial e se apaixona por essa pessoa, você começa a construir um relacionamento com os cuidados de quem constrói uma maravilha.

Seus materiais básicos são constituídos de muito amor, companheirismo e dedicação. Até que um dia algo terrível acontece, jogando por terra toda sua construção.

É desalentador e faz mesmo pensar que todo seu trabalho fora em vão.

Mas isso é ledo engano: se construístes tudo realmente com a beleza e pureza de sentimento, restará ainda uma magnífica amizade.

Assim como as mais majestosas construções da humanidade deixaram suntuosas ruínas das quais cuidamos e admiramos, a amizade fruto de um amor de verdade, deve e merece ser preservada.

Augusto Branco

Dedico esta mensagem ao meu amado que partiu, mas que deixou muito carinho, amor e ternura comigo. Guardo-te dentro do meu coração para sempre, pois tu foste e sempre será o meu eterno amor.

RESUMO:

O presente tema tem como escopo a discussão sobre a aplicação do Home Care na terceira idade, abrangendo todos os serviços médicos e de enfermagem prestados aos seus pacientes em sua residência; modalidade que cresce e se torna cada dia mais importante e essencial em razão do envelhecimento da população e da necessidade de humanização do atendimento. O ponto de partida da discussão que será aqui colocada é a intercessão entre o mundo das necessidades de saúde da população e os modelos assistenciais conformados pela gestão do Sistema Único de Saúde em todos os seus níveis, desde a formulação da política pública para a saúde, até a gestão de equipamentos sanitários de diversas naturezas. Tendo em vista um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizadas na casa do paciente, abrangendo ações de saúde desenvolvidas por equipe multiprofissional, baseadas em diagnósticos da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção a manutenção e a reabilitação da saúde do idoso. Desse modo, para que o idoso integre e participe com maior proximidade das demais camadas da população e a não exclusão no meio social, sinta-se participativo em todos os níveis da sociedade. No gerenciamento desses serviços devem ser usados critérios técnico-científicos e as decisões devem ser baseadas no melhor nível de evidência clínica possível, para cada procedimento. O Home Care existe no mundo há mais de 120 anos. Nos EUA, desde 1798, e no Brasil, aproximadamente, há 16 anos. No Brasil, o sistema de internamento domiciliar, um dos serviços do Home Care, ainda está na adolescência, enfrentando inúmeras barreiras e desafios, muitos dos quais originados pela falta de uma melhor compreensão sobre o uso desse serviço. Este tipo de serviço é direcionado não somente aos pacientes, como também, de forma diferenciada, aos seus familiares em qualquer fase de suas vidas; seja para aqueles que aguardam seu restabelecimento e retorno às suas atividades normais, ou para os que necessitam de gerenciamento constante de suas atividades como também, para pacientes que necessitam de acompanhamento em sua fase terminal.

Palavras-chave: Idoso; Sus; Home Care; direito à saúde.

ABSTRACT:

This theme is scoped to the discussion on the implementation of the Home Care for the elderly, covering all medical and nursing care provided to their patients at home; modality that grows and becomes ever more important and essential due to the aging population and the need for humane assistance. The starting point of the discussion will be placed here is the intersection between the world of health needs and population health models conformed for managing the Health System in all its levels, from the formulation of public policy for health to the management of sanitary equipment of various kinds. Given a set of hospital procedures could be made in the patient's home, covering health actions developed by the multidisciplinary team, based on diagnoses of reality in which the patient is inserted in order to promote the maintenance and rehabilitation of the health of the elderly. Thus, for the elderly integrate and participate with greater proximity to other sections of the population and not in social exclusion, feel participatory at all levels of society. In managing these services should be used technical-scientific criteria and decisions should be based on the best possible level of clinical evidence for each procedure. The Home Care exists in the world for over 120 years. In the U.S., since 1798, and in Brazil approximately 16 years ago. In Brazil, the home detention system, one of the Home Care services, is still in adolescence, facing numerous barriers and challenges, many of which were originated by the lack of a better understanding of the use of this service. This type of service is directed not only to patients, but also differently, their families at any stage of their lives, whether for those awaiting his recovery and return to normal activities, or for those who require constant management of its activities as well as for patients requiring monitoring in its terminal phase.

Keywords: Elderly; Sus, Home Care, the right to health.

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUÇÃO.....	09
COSNSIDERAÇÕES CONCEITUAIS.....	13
CAPÍTULO I – DO DIREITO PREVIDENCIÁRIO.....	20
1.1- Conceito de Saúde.....	22
1.2- Conceito de Idoso.....	26
1.3- Conceito de Dignidade da Pessoa Humana.....	28
CAPÍTULO II – HOME CARE SOB AS ÓTICAS MÉDICAS NO ÂMBITO DO DOMICÍLIO.....	33
2.1- Condições de Preparo dos Profissionais de Saúde.....	35
2.2- Aplicações Concretas do Home Care.....	38
2.3-Serviços Médicos por meio do Home Care.....	41
CAPÍTULO III – HOME CARE E O ATENDIMENTO PELO SUS	46
3.1- Procedimentos de Home Care.....	51
3.2- Aspectos Impeditivos do Acesso ao Home Care.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	58

INTRODUÇÃO:

A presente monografia tem como escopo a discussão sobre a aplicação do “Home Care” na terceira idade, abrangendo os serviços médicos e de enfermagem prestados aos pacientes no âmbito de suas residências. Hoje essa forma de atendimento cresce continuamente e se torna a cada dia mais importante e essencial em razão do envelhecimento da população brasileira e da necessidade de humanização do atendimento.

O ponto de partida da discussão é a intercessão entre as necessidades de saúde da população e os modelos assistenciais conformados pela gestão do Sistema Único de Saúde, desde a formulação da política pública para a saúde, até a implantação e gestão do sistema, abrangendo ações de saúde desenvolvidas por equipe multiprofissional, baseadas em diagnósticos da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção a manutenção e a reabilitação da saúde do idoso.

A pesquisa tem por finalidade analisar os aspectos jurídicos da Portaria nº 2029/11 em face do programa “Home Care”. O ganho jurídico da presente deve-se à importância da análise da aplicabilidade do referido instituto enquanto meio destinado à promoção do direito a saúde do idoso. O ganho social pauta-se na análise do “Home Care” enquanto instrumento viável a reabilitação do paciente idoso na sociedade. Por fim, o ganho acadêmico tem relevância no fato de contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre os princípios constitucionais que permeiam o tema.

O objetivo precípua é a análise dos aspectos jurídicos relativos à utilização do atendimento do “Home Care” por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, o sistema de internamento domiciliar, um dos serviços do “Home Care”, ainda está na adolescência, enfrentando inúmeras barreiras e desafios, muitos dos quais originados pela falta de uma melhor compreensão sobre o uso desse serviço. Este tipo de serviço é direcionado não somente aos pacientes, como também, de forma diferenciada, aos seus familiares em qualquer fase de suas vidas; seja para aqueles que aguardam seu restabelecimento e retorno às suas atividades normais, ou para

os que necessitam de gerenciamento constante de suas atividades como também, para pacientes que necessitam de acompanhamento em sua fase terminal.

O problema em foco será a regulamentação do “Home Care” pelo Sistema Único de Saúde, advinda por determinação da Portaria nº 2029/11 do Ministério da Saúde que instituiu o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), o qual deverá ser prestado na residência do paciente idoso, com a garantia de continuidade dos cuidados à saúde. Será, nesta ótica, analisada se este SAD é instrumento hábil a garantir a efetivação da regra disposta no art. 15, inciso IV, do Estatuto do Idoso, bem como a promoção da dignidade da pessoa humana.

A hipótese versará sobre a regulamentação do “Home Care” pelo Sistema Único de Saúde. Sua inovação consiste em provocar e possibilitar novas formas de atendimento, intimamente relacionados aos distintos processos de envelhecimento, evitando a insegurança social programada. O “Home Care” é uma solução que busca uma real e profunda promoção da dignidade da pessoa humana e, mesmo com suas limitações atuais é um excelente instrumento para acompanhar o hoje chamado envelhecimento ativo.

Tem-se como marco teórico da presente pesquisa as ideias sustentadas pelo Ministro Luiz Fux do Supremo Tribunal Federal:

A assistência domiciliar é capaz de diminuir a permanência dos pacientes em hospitais, trazendo benefícios não só para o consumidor em relação ao seu tratamento, mas também para a instituição de saúde, permitindo maiores lucros. O paciente/consumidor reage melhor e mais rápido se for atendido em domicílio, pois usufruirá de privacidade, conforto e proximidade de familiares e amigos.¹

Conforme preceituado na Lei nº 10.741/2003, somente as pessoas da terceira idade e que é *condicio sine qua non*² é que podem ter acesso e cobertura ao programa “Home Care”. Sua inovação consiste em provocar, possibilitar políticas contínuas de atendimento relacionadas aos distintos processos de envelhecimento,

¹BRASIL.STJ. **RE.00039062**.Relator:Ministro Luiz Fux. Julgado em fevereiro/2000. Publicado em: 04/2000.< [www.http://stj.gov.br/htm](http://stj.gov.br/htm)>. Acesso em: 19/04/2012.

² Condição sem a qual não.

evitando a insegurança social. A regulamentação da política de saúde dirigida a terceira idade possibilita realmente a conscientização, a reflexão sobre o processo social, neurobiológico e psicológico do envelhecimento e seus reais reflexos na melhoria de qualidade de vida do idoso.

O Estatuto do Idoso prevê em seu artigo 2º, todos os direitos inerentes à manutenção e a melhoria de qualidade de vida, promovendo a denominada segurança social da terceira idade. É instituído no Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

O idoso goza de todos os direitos fundamentais, inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.³

Logo, acesso à saúde é um direito constitucional pétreo, advindo do direito de Segunda geração, que exige do Estado uma prestação positiva, que evidencia uma relação garantia/efetividade.

Importante destacar que o termo Home Care é de origem inglesa. A palavra “Home” significa “lar”, e a palavra “Care” traduz-se por “cuidados”. Portanto, a expressão “Home Care” designa literalmente: cuidados no lar. O instituto é compreendido como uma modalidade contínua de serviços na área de saúde, cujas atividades são dedicadas aos pacientes/clientes e a seus familiares em um ambiente extra-hospitalar.

Como metodologia a presente monografia faz uso da pesquisa teórico dogmática, tendo em vista o manuseio de doutrina, jurisprudências junto ao Superior Tribunal Federal, artigos, bem como a legislação pertinente.

³ BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Vade Mecum**. 12ª ed. atual. e ampl. São Paulo. Saraiva, 2011, p. 1079.

Como setores do conhecimento a pesquisa natureza transdisciplinar, considerando o intercruzamento de informação em diferentes ramos do Direito, tais como: Civil, Administrativo, Constitucional e Previdenciário.

A presente pesquisa será desenvolvida em três capítulos. O primeiro deles sob o título “Do Direito Previdenciário”, abordará o conceito de saúde e suas variações imputáveis nas esferas jurídicas e médicas, bem como, medida de segurança social sob a tutela do “Home Care”.

No segundo capítulo, intitulado “ópticas médicas dentro de quatro paredes”, além das condições de preparo dos profissionais de saúde e a por fim das aplicações concretas do “Home Care” para com o idoso em atendimento domiciliar.

No terceiro e último capítulo intitulado “Home Care” e o atendimento pelo SUS”, abordaremos aspectos de constitucionalidade que darão lastro a realidade pragmática do instituto e em sentido contrário, elencaremos aspectos que atravancam o acesso para aqueles da terceira idade, inclusive de baixa ou de nenhuma renda.

Dessa forma, a promoção da saúde seria conscientizar e educar a população, seja das instituições de saúde pública ou particulares, considerando que a essência da clínica geral é envolver conhecimentos neurobiológicos, psicológicos, sociológicas e jurídicas.

COSNSIDERAÇÕES CONCEITUAIS:

O *Home Care* ou Assistência Domiciliar teve sua origem no século XIX, como uma caridade prestada por instituições religiosas cristãs. Desde então, essa atividade evoluiu muito, adquirindo um caráter altamente técnico e regulamentado, que exige não só que os profissionais de saúde ajam com considerável autonomia, habilidade clínica e mesmo responsabilidade fiscal.⁵

O termo *Home Care* é de origem inglesa; a palavra *Home* significa “lar”, e a palavra *Care* traduz-se por “cuidados”. Portanto, a expressão *Home Care* designa literalmente: cuidados no lar. No Brasil, o termo foi adotado e muitas vezes, erroneamente, utilizado como sinônimo de inúmeros serviços oferecidos por uma empresa de *Home Care*, tais como: internamento domiciliar de saúde, atendimento domiciliar de saúde, assistência domiciliar de saúde, e outros usos que podem causar confusão entre os usuários desta modalidade por não terem certeza de qual terminologia que realmente descreve os serviços que estão usufruindo ou contratando. *Home Care* é uma denominação para a empresa que oferece todos os serviços acima citados e muitos outros.⁶

O *Home Care* deve ser compreendido como uma modalidade contínua de serviços na área de saúde, cujas atividades são dedicadas aos pacientes/clientes e a seus familiares em um ambiente extra-hospitalar. O propósito é promover, manter e/ou restaurar a saúde, maximizando o nível de independência do paciente/cliente, enquanto minimiza os efeitos debilitantes das várias patologias e condições que gerência. Este tipo de serviço é direcionado não somente aos pacientes, como também, de forma diferenciada, aos seus familiares em qualquer fase de suas vidas; seja para aqueles que aguardam seu restabelecimento e retorno às suas atividades normais, ou para os que necessitam de gerenciamento constante de suas atividades, como também para pacientes que necessitam de acompanhamento em sua fase terminal.

⁵ BELLHUMEUR, Cathy. **Home Care: Cuidados Domiciliares: Protocolos para a Prática Clínica.** Tradução: Ivan Lourenço Gomes; revisão técnica Christina Aparecida Ribeiro, MArivan Santiago Abrahão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. P. 04.

⁶ Disponível em: <<http://www.portalthomecare.com.br/home-care/o-que-significa-o-termo-home-care>>

O *Home Care* no Brasil encontra-se em sua “adolescência”, catalisado por profissionais de saúde que se tornaram pioneiros nesta área: Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Farmacêuticos, Nutricionistas, Assistentes Sociais, que se dispuseram a introduzir um atendimento inovador e revolucionário na área de saúde, contando com boa intenção, porém, muitas vezes, com pouco aprofundamento na complexidade que o conceito significa.⁷

No gerenciamento desses serviços devem ser usados critérios técnico-científicos e as decisões devem ser baseadas no melhor nível de evidência clínica possível para cada procedimento. Essa prática é necessária em função da complexidade do meio ambiente do paciente, dos tipos de cuidados médicos exigidos, dos recursos, das condições psicofísicas do paciente e das patologias a serem gerenciadas.⁸

Além de custar menos, a assistência domiciliar oferece um nível de conforto, de atenção pessoal e de controle individual que geralmente não é possível em um ambiente hospitalar. Muitos serviços altamente técnicos podem ser oferecidos no domicílio do paciente e a maioria desses serviços é custeado por várias fontes de financiamento público e privado. Por essas razões, a demanda por instituições e por profissionais treinados em assistência domiciliar aumentou muito nos últimos anos e continua a crescer.⁹

As instituições de assistência domiciliar precisam fornecer serviços focalizados no paciente e orientados para resultados que possam ser medidos e melhorados constantemente. Em um sentido geral, para atingir esse objetivo, são necessárias três iniciativas: obedecer os padrões dos órgãos governamentais; desenvolver e implementar os planos de ação, os protocolos e os procedimentos, e solicitar a contribuição dos grupos selecionados de profissionais de saúde. Muitas

⁷ Idem

⁸ Disponível em: <<http://www.portalthomecare.com.br/home-care/a-pratica-do-home-care>>

⁹ Op. Cit. **Home Care: Cuidados Domiciliares: Protocolos para a Prática Clínica**. P. 04/05

instituições reúnem essas iniciativas e outros passos voltados para a qualidade em um chamado programa de melhoria de desempenho.¹⁰

Entre as experiências hoje existentes no Brasil, apresentam-se diversas formas de produção do trabalho em saúde no domicílio. A atuação cuidadora varia desde a visitação domiciliar a pacientes crônicos, até o estabelecimento em domicílios de um aparato médico-hospitalar de grande intensidade e densidade de cuidados. No primeiro caso, busca-se a manutenção prolongada dos intervalos intercríticos e a conseqüente quebra do eixo internação-reinternação-morte e, no segundo, estes cuidados podem incluir o manejo de prótese respiratória e projetos terapêuticos que incluem infusão contínua e controles de fluxos e fármacos que exigem avaliação com grande precisão. Entre os extremos, várias experiências buscaram o estabelecimento de um projeto de intervenção na saúde dos usuários que necessitem de cuidados mais intensos, mas que não são eletivos de internação propriamente dita.¹¹

Em 19 de setembro de 1990, o ministério da saúde publicou a Lei Nº 8.080/90 e nela se teve o primeiro indício de como o *Home care* seria oficialmente chamado no Brasil em seu Art. 19-I, expõe: “São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)”. A partir desta publicação o *home care* se tornaria Atendimento domiciliar e internação domiciliar. Em 1999, a decisão do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) DIR/006/1999 resolveu personalizar o termo e lançou em sua decisão, a terminologia “Atendimento de Enfermagem Domiciliar - *Home Care*”. A partir daquele momento, o *home care* já não era mais tão somente atendimento e ou internação domiciliar, porém atendimento de enfermagem domiciliar. Em 2001, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 267/2001 “Enfermagem em domicílio - *Home Care*”. Em abril de 2002 a Resolução COFEN Nº 270/2002, refere-se ao *home care* como “Serviços de Enfermagem Domiciliar – *Home Care*”, Em 12 de novembro de 2002, em sua Resolução de nº 386, O Conselho Federal de Farmácia refere-se ao *home care* como “assistência domiciliar”, em 26 de janeiro de 2006 a Agencia Nacional de

¹⁰ Idem. P. 22

¹¹ Disponível em:<<http://www.portalhomecare.com.br/home-care/sobre-o-home-care>>

Vigilância Sanitária (ANVISA) Nº 11, refere-se ao *home care* como “Atenção Domiciliar”.¹²

No atual ambiente competitivo de atenção à saúde, as instituições de assistência domiciliar devem ser capazes de provar que fornecem atenção de qualidade e que se esforçam para uma melhoria contínua. Em geral, essa prova é fornecida por dados coletados como parte do programa de melhoria de desempenho da instituição. É óbvio, entretanto, que o nível de qualidade de uma instituição emana da atuação de sua equipe. É por isso que a qualidade também depende da contratação de pessoal adequado, assegurando sua competência, fornecendo orientação completa, verificando a manutenção de níveis de qualidade de atuação, conservando os funcionários, estabelecendo os protocolos a serem seguidos e fazendo revisões por profissionais da mesma área.¹³

O fornecimento de serviços de atendimento domiciliar à saúde - *home care*, embora previsto pela Portaria Federal 2.416, de 23 de Março de 1998, ainda não pode ser considerado uma possibilidade viável, e disponível a toda população. Em outras palavras, o serviço ainda não foi democratizado a ponto de ser utilizado em nível de Brasil. Pesquisas no passado revelaram que poucos representantes do SUS têm algo coerente e objetivo a informar o interessado a respeito de como obter *Home Care* pelo SUS e empresários da área de *home care* não conseguem obter do SUS o reconhecimento necessário para poder conveniar-se nesta modalidade. Em resumo, praticar *home care* pelo SUS, no Brasil, ainda é uma utopia.¹⁴

O processo de qualificação do paciente para o *home care* figura entre um dos mais importantes processos a serem observados na proposta de utilização de serviços de *home care* pelo plano de saúde. Neste processo se tem que observar alguns parâmetros importantes que dizem respeito à qualificação do paciente, do cuidador informal, do ambiente de cuidados, e da qualificação contratual do caso.

¹² Disponível em: <<http://www.portalthomecare.com.br/home-care/interpretacoes-do-termo-home-care>>

¹³ Op. Cit. **Home Care: Cuidados Domiciliares: Protocolos para a Prática Clínica**. P. 22/23.

¹⁴ Disponível em:< <http://www.portalthomecare.com.br/home-care/home-care-pelo-sus>>

Qualificação Clínica do Paciente:

Para que o paciente possa ser transferido ao regime domiciliar para dar continuidade ao seu tratamento, ou até mesmo para que o paciente seja incluído em regime de *home care* sem mesmo ter tido passagem pelo hospital, o paciente deve desfrutar de uma condição favorável aos cuidados extra institucionais como expresso na resolução CFM nº 1.668/2003 em suas considerações: CONSIDERANDO que a internação domiciliar visa atender os portadores de enfermidades cujo estado geral permita sua realização em ambiente domiciliar ou no domicílio de familiares;

A autorização do médico:

O médico responsável pelo paciente é o único profissional que pode qualificar medicamente, o paciente para ser transferido ao regime de atenção domiciliar à saúde. Somente mediante prescrição médica específica para o *home care*, pode um paciente ser considerado para um tratamento extra institucional.

A RESOLUÇÃO CFM nº 1.668/2003 (Publicada no D.O.U. 03 Junho 2003, Seção I, pg. 84) dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; “Art. 4º - A assistência domiciliar somente será realizada após avaliação médica, registrada em prontuário específico”.

Autorização do paciente e ou familiar:

Na Resolução CFM nº 1.668/2003 (Publicada no D.O.U. 03 Junho 2003, Seção I, pg. 84) dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; fica claro que o paciente somente poderá ser transferido ao regime de *home care* com a anuência do mesmo ou de seu responsável legal. “Art.10 - A assistência domiciliar poderá ser viabilizada após anuência expressa do paciente ou de seu responsável legal, em documento padronizado que deverá ser apensado ao prontuário”.

Qualificando o cuidador:

A ANVISA em sua Resolução nº 11, de 26 de janeiro de 2006, deixa claro a necessidade de um cuidador informal (familiar ou outra pessoa contratada pela família): “3.5 Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana”.

No que diz respeito à qualificação do cuidador, existem dois tipos de casos para *home care*: aquele que Possui um Cuidador Hábil, Capaz, Disposto e Disponível (PCHCDD), aquele que Não Possui um Cuidador Hábil, Capaz, Disposto e Disponível ou (NPCHCDD). O tipo PCHCDD é o paciente que pode contar com um cuidador informal, o qual pode ser um membro de família, um amigo, e ou até mesmo, um cuidador contratado para cuidar do paciente em tempo integral. Este cuidador deve estar hábil, capaz, disposto e disponível 24 horas por dia. Logicamente que este cuidador não tem a obrigação de permanecer acordado durante as 24 horas por dia, porém, deve estar presente na residência para que, na eventualidade de alguma intercorrência envolvendo o paciente, o profissional de saúde da equipe de *home care* poderá contar com o apoio deste cuidador. Muitas vezes, os familiares deixam o profissional de saúde sozinho com o paciente na residência, e eventos adversos ocorrem criando uma situação de extrema dificuldade para o profissional de saúde que se vê na situação de ter que prestar socorro, porém, não tem como deixar o paciente sozinho para buscar ajuda.¹⁵

A integração com a família é importante para restabelecer o paciente. Também nesse contexto pode-se citar a presença do cuidador como indispensável para melhor recuperação e acompanhamento do paciente em seu tratamento domiciliar.

O atendimento domiciliar proporciona à equipe que presta este serviço, um conhecimento maior frente à realidade de vivências de seus pacientes, podendo

¹⁵ Disponível em: < <http://www.portalthomecare.com.br/plano-de-saude/criterios-para-inclusao>>

propor ações dentro desta realidade, o que torna o cuidado mais eficiente, no sentido de evitar danos e futuras reiternações.

O desenvolvimento, na área privada, do atendimento domiciliar no Brasil, ocorreu, inicialmente, sem o suporte de um padrão de licenciamento que orientasse o crescimento da modalidade *Home Care*, de uma forma uniforme e eficaz. A própria definição deste tipo de serviço sofreu várias interpretações e a natureza básica do mesmo foi, muitas vezes, mal representada. Por muito tempo haviam poucos profissionais com experiência nesta área no Brasil, e os estrangeiros sofriam com a falta de compreensão da cultura e da realidade socioeconômica brasileira. Porém, a realidade vem se transformando, em 26 de janeiro de 2006, a ANVISA lançou a RDC 11 que fornece as primeiras diretrizes para a prática da modalidade no Brasil.¹⁶ Hoje em dia, já existem muitos talentos nacionais e associações que estão se empenhando no desenvolvimento de uma modalidade que promete se impor no futuro no sistema de saúde.

¹⁶ Disponível em: <<http://www.portalthomecare.com.br/home-care/desenvolvimento-do-home-care-no-brasil>>

CAPÍTULO I – DO DIREITO PREVIDENCIÁRIO:

O Direito Previdenciário está incluído no nosso Ordenamento Jurídico no Direito da Seguridade Social que engloba os direitos relativos à saúde, à previdência Social e à Assistência Social dos cidadãos brasileiros.¹⁷

No Brasil, de forma mais organizada e sistematizada, a proteção previdenciária tem seu marco com a aprovação do projeto de lei do deputado federa, nascido em Pindamonhangaba, Eloy Claves, que criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários em 1923, conhecida como Lei Eloy Claves. Trata-se do Decreto Legislativo nº4.682, de 24 de janeiro de 1923, data que ficou convencionada ser o dia da Previdência Social.

Prover um seguro de caráter público é a missão precípua da previdência Social Brasileira desde sua criação. Em que pese o decreto legislativo, criador da previdência social à época.¹⁸

A Previdência Social é o segmento da Seguridade Social, composto de um conjunto de princípios, de regras e de instituições destinado a estabelecer um sistema de proteção social, mediante contribuição, que tem por objetivo proporcionar meios indispensáveis de subsistência ao segurado e a sua família, quando ocorrer certa contingência prevista em lei. A Previdência Social atenderá a: (a) cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; (b) proteção à maternidade especialmente à gestante; (c) proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; (d) salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; (e) pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes (art. 201 da Constituição).

A lei disporá sobre o sistema especial de inclusão previdenciária para atender a trabalhadores de baixa renda e àqueles sem renda própria que se dediquem

¹⁷ Disponível em: http://www.loveira.adv.br/material/idpp/direito_previdenciario.doc.

¹⁸ Disponível em: <http://www.multieditoras.com.br/produto/PDF/700133.pdf>.

exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencentes a famílias de baixa renda, garantindo-lhes o acesso a benefícios de valor igual a um salário mínimo.

O sistema especial de inclusão previdenciária terá alíquotas e carências inferiores às vigentes para os demais segurados do regime geral de previdência social.

O sistema de Previdência Social é o de repartição simples, que visa à captação de recursos e à distribuição de renda. Ainda não se está exatamente diante de um sistema de capitalização, em que o segurado iria receber exatamente o que contribuiu a título de benefício.

São dependentes da Previdência Social: (a) o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; (b) os pais; (c) o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido. A existência de dependente de qualquer das classes mencionadas exclui do direito às prestações os das classes seguintes. O enteado e o menor tutelado equiparam-se a filho mediante declaração do segurado e desde que comprovada a dependência econômica. A dependência econômica das pessoas indicadas na classe a é presumida e a das demais deve ser comprovada.

Período de carência é o número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício, consideradas a partir do transcurso do primeiro dia dos meses de suas competências. O período de carência dos benefícios é o seguinte: (a) auxílio-doença e aposentadoria por invalidez; 12 contribuições mensais; (b) aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de contribuição e aposentadoria especial: 180 contribuições mensais; (c) salário maternidade para as seguradas especial, contribuinte individual e facultativa, 10 contribuições mensais. Independe de carência a concessão das seguintes prestações: (a) pensão por morte, auxílio-reclusão, salário-família e auxílio-acidente; (b) auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa e de doença profissional ou do trabalho; (c) serviço social,

reabilitação profissional; (d) salário maternidade para as seguradas empregada, trabalhadora avulsa e empregada doméstica.

A perda da qualidade de segurado não será considerada para a concessão das aposentadorias por tempo de contribuição e especial.

Na hipótese de aposentadoria por idade, a perda da qualidade de segurado não será considerada para a concessão desse benefício, desde que o segurado conte com, no mínimo, o tempo de contribuição correspondente ao exigido para efeito de carência na data do requerimento do benefício.

Salário-de-benefício é: (a) para os benefícios aposentadoria por idade e por tempo de contribuição, a média aritmética simples dos maiores salários-de-contribuição correspondentes a 80% de todo o período contributivo, multiplicada pelo fator previdenciário; (b) para os benefícios aposentadoria por invalidez, aposentadoria especial, auxílio-doença e auxílio-acidente, a média simples dos maiores salário-de-contribuição correspondentes a 80% de todo o período contributivo.¹⁹

1.1 – Conceito de Saúde:

A Constituição Federal reconhece, em linha com o pensamento mais atual, que a oferta de serviços e produtos médicos por si só não bastam para proteger a saúde da população. Com efeito, no artigo 196 da Carta Constitucional, está expressamente previsto que a garantia do correspondente direito à saúde se dá mediante políticas sociais e econômicas e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Há claro reconhecimento, portanto, de que a saúde possui determinantes múltiplos e complexos que requerem a formulação e implementação de políticas públicas abrangentes pelo Estado, isto é, que vão além da garantia de acesso a

¹⁹ Disponível em: http://www.loveira.adv.br/material/idpp/direito_previdenciario.doc

serviços e produtos médicos. Isso é reforçado pelo artigo 200 que estabelece, de forma não exaustiva, as competências do Sistema Único de Saúde, incluindo ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde do trabalhador 5 (inciso II); ações de saneamento básico (IV); pesquisa (V); controle de qualidade de alimentos e bebidas (VI) e proteção do meio ambiente (VIII).

A Lei 8.080/1990, que institucionalizou o SUS à luz dessa concepção ampla do conceito saúde adotada na Constituição, reafirma em seu artigo 3º que, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer” determinam significativamente os níveis de saúde da população, e esses, por sua vez, “expressam a organização social e econômica do País”²⁰

No Brasil, o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida, e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

A saúde, como direito dos cidadãos, deve ter serviços e ações providos de forma descentralizada e submetidos ao controle social. Dessa forma, a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se como a melhor doutrina de construção da cidadania.

A cidadania pressupõe igualdade de direitos, implica uma relação recíproca de respeito aos direitos e deveres entre os cidadãos e o Estado, visando à materialização dos desejos do sujeito, através de discussões sociopolíticas; a participação dos envolvidos nesse espaço pode significar a redistribuição dos direitos a todos (...) ²¹

O Ministério da Saúde elaborou uma “carta dos direitos dos usuários da saúde”, onde se proclamou 06 direitos básicos, a saber:

²⁰Disponível em:

http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Direito_a_Saude_Recursos_escassos_e_equidade.pdf.

²¹ SOARES NV, Lunardi VL. Os direitos do cliente como uma questão ética. Rev Bras Enferm. 2002 jan/fev;55(1):64-9.

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.²²

Ab initio, faz-se mister ressaltar que a nossa Constituição da República de 1988 pela primeira vez inseriu a saúde expressamente dentre os direitos fundamentais²³, de modo a garanti-lo em sua plenitude.

Tal garantia já se demonstra em seu artigo 1º, III, ao assegurar como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana, que de modo reflexo implica necessariamente na proteção à saúde de cada ser humano.²⁴

Temos ainda o artigo 6º de nossa Carta Magna, que reza ser a saúde um direito social inerente a todo cidadão brasileiro, sendo certo que se caracterizam, pois, conforme bem preceituado por Alexandre de Moraes:

(...) como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria de vida, visando a concretização da igualdade social(...).²⁵

Tratando-se de normas constitucionais protetivas e efetivadoras do direito à saúde, imprescindível fazer referência ao Título VIII, da Constituição Federal de

²² Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

²³ TAVARES, Paulo César Vieira. A saúde como direito fundamental social e as objeções habitualmente dirigidas pelo Estado contra sua plena efetividade na área dos medicamentos excepcionais.

²⁴ Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/12578/a-garantia-constitucionalmente-assegurada-do-direito-a-saude-e-o-cumprimento-das-decisoes-judiciais>.

²⁵ MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 21ª ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 181.

1988, intitulado Da Ordem Social, o qual, em seu capítulo II, Seção II, trata de forma específica da Saúde. Referida seção inicia-se com o art. 196, o qual dispõe:

Art. 196. A saúde é 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 promoção, proteção e recuperação.²⁶

O artigo 197 da Constituição Federal dita ser a saúde serviço de relevância pública, e o artigo 198, inciso II, versa que as ações e serviços públicos de saúde devem ter atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.²⁷

Certo é, por conseguinte, que os direitos fundamentais devem ser entendidos enquanto direitos individuais²⁸, razão pela qual a saúde, vista, de acordo com o já ressaltado, como um direito fundamental, deve ser efetivada a cada cidadão, independentemente de qualquer coisa.

Desta forma, cumpre citar os dizeres de Fabrício Veiga Costa, para quem "a interpretação extensiva, que leva em consideração a sistematicidade constitucional, deve ser a marca dos direitos fundamentais."²⁹

No tocante à aplicabilidade imediata do direito à saúde, tem-se que se trata de questão diretamente ligada à defasada teoria da programaticidade de algumas normas constitucionais. Hoje as normas programáticas possuem reconhecido valor jurídico idêntico ao dos restantes preceitos da constituição. Não deve, pois, falar-se de simples eficácia programática (ou directiva), porque qualquer norma constitucional deve considerar-se obrigatória perante quaisquer órgãos do poder político.³⁰

²⁶ BRASIL, **Vade Mecum acadêmico de direito**. In: ANGHER, Anne Joyce. 3. ed. São Paulo: Rideel, 2006. (Coleção de leis Rideel). p. 83.

²⁷ Disponível em: www.planalto.gov.br

²⁸ CATTONI, Marcelo. **Direito Constitucional**. In: Primeiras Linhas 3. Belo Horizonte: Mandamentos, 2005. (Coleção Mandamentos). p. 135.

²⁹ COSTA, Fabrício Veiga. **Hermenêutica Constitucional dos Direitos Fundamentais**. Revista da OAB, Belo Horizonte, maio 2006.

³⁰ MACHADO, Janaína Cassol. A concretização do direito à saúde sob o viés do fornecimento de medicamentos não inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Especiais – RENAME. Tribunal

1.2 – Conceito de Idoso:

Idoso é toda pessoa adulta com 60 anos ou mais possuindo direitos nos quais a família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar, garantindo-lhe o direito à vida; Os filhos maiores tem o dever de ajudar a amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade; o Poder público deve garantir ao idoso condições de vida apropriada; A família, a sociedade e o poder público, devem garantir ao idoso acesso aos bens culturais, participação e integração na comunidade; o idoso tem direito de viver preferencialmente junto a família devendo ter liberdade e autonomia.

Uma tentativa de se definir um indivíduo como idoso pode basear-se em argumentos de caráter biológico. A partir da noção biológica de velhice ou, mais precisamente, de senilidade, é possível, então, demarcar, através do padrão de declínio de determinadas características físicas, o momento a partir do qual o indivíduo pode ser, ou não, considerado como “velho”. Esse momento, quando semelhante em termos de tempo de vida entre diversos indivíduos, permite o uso da idade como critério de demarcação da velhice. Nesta lógica, idoso é aquele que tem a idade correspondente à idade típica de um “velho”. O problema de classificação torna-se aparentemente simples, demandando apenas que se estabeleça a idade-limite que separa a velhice da não-velhice para separar os idosos dos não-idosos.

A questão, no entanto, é mais complexa do que a simples demarcação de idades-limite biológicas e enfrenta pelo menos três obstáculos. O primeiro diz respeito à homogeneidade entre indivíduos, no espaço e no tempo; o segundo, à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais; e o terceiro à finalidade social do conceito de idoso. É extremamente difícil superar simultaneamente esses três obstáculos, mas isso não quer dizer que não devam ser considerados quando se debate acerca de idosos.

Idoso, em termos estritos, é aquele que tem “muita idade”. A definição do que vem a ser “muita idade” é, evidentemente, um juízo de valor. Os valores que referendam esse juízo dependem de características específicas das sociedades

onde os indivíduos vivem, logo a definição de idoso não diz respeito a um indivíduo isolado, mas à sociedade em que ele vive. Quando os formuladores de políticas assumem que a idade cronológica é o critério universal de classificação para a categoria idoso, estão admitindo implicitamente que a idade é o parâmetro único e intertemporal de distinção e, portanto, correm o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos. Quando estabelecem uma idade específica como fronteira, procedem como se houvesse homogeneidade na definição de um idoso entre grupos sociais diferentes.³¹

O Estatuto do Idoso versa em seu art. 2º que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Em seu contexto retrata ainda:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.³²

Um importante indicador de que a questão do idoso tem sido alvo das preocupações da agenda nacional foi a promulgação, em 4 de janeiro de 1994, da Lei no 8.842, que dispõe sobre a política nacional para o idoso. De acordo com o texto da referida lei, a política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os

³¹ Disponível em: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/MU2312.pdf>.

³² Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. LEI No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.³³

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil é um país que caminha rapidamente para o envelhecimento populacional. Atualmente existem no Brasil 21 Milhões de pessoa idosa com idade igual ou superior a 60 anos, representando 10% da população brasileira.³⁴

Pesquisa similar publicada pelo IBGE em setembro de 2010 – a Síntese de Indicadores Sociais (SIS), que analisa as condições de vida no país com base em diversos estudos – mostra que a expectativa de vida no país aumentou cerca de três anos entre 1999 e 2009. Assim, segundo o IBGE, o brasileiro vive, em média, 73,1 anos. No período avaliado, a expectativa de vida feminina passou de 73,9 anos para 77 anos. Entre os homens, a elevação foi de 66,3 anos para 69,4 anos.³⁵

1.3 – Dignidade da Pessoa Humana:

A dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca, inseparável de todo e qualquer ser humano, é característica que o define como tal. Concepção de que em razão, tão somente, de sua condição humana e independentemente de qualquer outra particularidade, o ser humano é titular de direitos que devem ser respeitados pelo Estado e por seus semelhantes. É, pois, um predicado tido como inerente a todos os seres humanos³⁶ e configura-se como um valor próprio que o identifica. Pode-se trazer à baila a visão antropológica de Leonardo Boff, citado por OLIVEIRA, Pedro A. Ribeiro em sua obra “FÉ e Política”, quando do ultraje da dignidade:

Nada mais violento que impedir o ser humano de se relacionar com a natureza, com seus semelhantes, com os mais próximos e queridos, consigo mesmo e com Deus. Significa reduzi-lo a um objeto inanimado e morto. Pela participação, ele se torna responsável pelo

³³ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>.

³⁴ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=40944

³⁵ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=40944.

³⁶ SARLET, Wolfgang Ingo. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição da República de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002, p. 22.

outro e con-cria continuamente o mundo, como um jogo de relações, como permanente dialogação.³⁷

Para o Ministro do STJ Luiz Fux, “um país que não prevê, em sua Constituição, a tutela da dignidade da pessoa humana, não tem uma Constituição”. E o Brasil, segundo o ministro, tem a previsão dessa tutela como o ideal da sociedade. “Construir uma sociedade mais justa e igualitária é o ideário da nossa Constituição de 1988. Se todos nós somos iguais perante a lei, somos iguais perante a Justiça.”

A respeito do Direito de Personalidade, o ministro Luiz Fux foi enfático: “É direito inato, absoluto, inalienável, irrenunciável da pessoa à sua imagem, honra e dignidade. Será que uma pessoa que não tem como satisfazer suas necessidades tem dignidade? – Essa é uma questão a merecer mais atenção.³⁸

O Ministro do STJ Eros Grau diz que:

(...) a dignidade da pessoa humana precede a Constituição de 1988 e esta não poderia ter sido contrariada, em seu art. 1º, III, anteriormente a sua vigência. A arguente desqualifica fatos históricos que antecederam a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei 6.683/1979. (...) A inicial ignora o momento talvez mais importante da luta pela redemocratização do país, o da batalha da anistia, autêntica batalha. Toda a gente que conhece nossa História sabe que esse acordo político existiu, resultando no texto da Lei 6.683/1979. (...) A dignidade não tem preço. As coisas têm preço, as pessoas têm dignidade. A dignidade não tem preço, vale para todos quantos participam do humano. Estamos, todavia, em perigo quando alguém se arroga o direito de tomar o que pertence à dignidade da pessoa humana como um seu valor (valor de quem se arrogue a tanto).

E segue o Ministro em seu pronunciamento:

É que, então, o valor do humano assume forma na substância e medida de quem o afirme e o pretende impor na qualidade e quantidade em que o mensure. Então o valor da dignidade da pessoa humana já não será mais valor do humano, de todos quantos pertencem à humanidade, porém de quem o proclame conforme o seu critério particular. Estamos então em perigo, submissos à tirania dos valores. (...) Sem de qualquer modo negar o que diz a arguente ao proclamar que a dignidade não tem preço (o que subscrevo),

³⁷ OLIVEIRA, Pedro A. Ribeiro. *Fé e Política: fundamentos*. São Paulo: Idéias e Letras, 2005.

³⁸ Disponível em:

http://www.stj.gov.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=398&tmp.texto=8495

tenho que a indignidade que o cometimento de qualquer crime expressa não pode ser retribuída com a proclamação de que o instituto da anistia viola a dignidade humana. (...) O argumento descolado da dignidade da pessoa humana para afirmar a invalidade da conexão criminal que aproveitaria aos agentes políticos que praticaram crimes comuns contra opositores políticos, presos ou não, durante o regime militar, esse argumento não prospera.³⁹

Os Direitos Fundamentais estão previstos nos 72 incisos do art. 5º da Constituição Federal. Mas o principal valor tutelado pela Constituição da República vem antes, é o da Dignidade da Pessoa Humana, princípio fundante do Estado Democrático de Direito do Brasil, um dos pilares do próprio Estado conforme art.1º, inc.III. É um valor-guia que imanta toda a Constituição e, através dela, todo sistema jurídico.

Immanuel Kant conceituou dignidade como “Tudo aquilo que não tem preço”, porque o inestimável e o indisponível não pode servir como moeda de troca:

No reino dos fins tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra ou equivalente, mais quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então tem ela dignidade.

O direito à vida, à honra, à integridade física, à integridade psíquica, à privacidade, dentro outros, são essencialmente tais, pois, sem eles, não se concretiza a dignidade humana. A cada pessoa não é conferido o poder de dispô-los, sob pena de reduzir sua condição humana; todas as demais pessoas devem abster-se de violá-los.⁴⁰

A conceituação de dignidade da pessoa humana no âmbito de proteção jurídico-normativa ainda é um pouco inconsistente e motivo de controvérsias. De outro lado, bem mais pacífico é o entendimento e a percepção dos momentos em que a dignidade é agredida, violada, usurpada. Definição na esfera jurídica que merece destaque é de Ingo Wolfgang Sarlet. Para esse autor, dignidade é:

Qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe

³⁹ Relator do STF Ministro Eros Grau. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigo>.

⁴⁰ Kant, Immanuel. “Fundamentação da Metafísica dos Costumes”, trad. Paulo Quintela, 1986, p.77.

garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.⁴¹

Fladimir Martins recorda que a dignidade da pessoa humana “se apresenta como uma fonte aberta de proteção jurídica, não sendo casual o fato de que temas polêmicos sejam discutidos sob a ótica de seu conteúdo protetivo”⁴²

A Constituição Federal de 1988 em seu art. 6º cuidou de discriminar os direitos sociais, cuidando de prover os meios necessários à sua efetivação no Título da Ordem Social da nossa Carta Política. “São direitos sociais inerentes à condição humana: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados”.⁴³

Flávia Povesan, ao discorrer sobre o processo de universalização dos direitos humanos esclarece que a formação de um sistema internacional, composto por tratados, é fundado na acolhida da dignidade da pessoa humana como valor que ilumina o universo de direitos. Convém destacar a concepção da autora em comento:

[...] todo ser humano tem uma dignidade que lhe é inerente, sendo incondicionada, não dependendo de qualquer outro critério, senão ser humano. O valor da dignidade humana se projeta, assim, por todo o sistema internacional de proteção. Todos os tratados internacionais, ainda que assumam a roupagem do Positivismo Jurídico, incorporam o valor da dignidade humana.⁴⁴

Nas palavras de Paulo Bonavides a democracia e direitos fundamentais estão estreitamente ligados, pois o objetivo central do estado democrático de direito reside na busca da preservação dos direitos fundamentais, que passa necessariamente pela observância da dignidade da pessoa humana. Enquanto princípio estruturante

⁴¹ SARLET, Wolfgang Ingo. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição da República de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002, p. 62.

⁴² MARTINS, Fladimir Jerônimo Belinati. “Dignidade da Pessoa Humana: princípio constitucional fundamental”, Curitiba: Juruá, 2003, p.127.

⁴³ Disponível em: www2.planalto.gov.br/

⁴⁴ PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. In: LEITE, George Salomão (Org.). *Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição*. São Paulo: Malheiros, 2003, p. 188.

da República Federativa do Brasil, o estado democrático de direito quebra a dicotomia “Sociedade X Estado” para proclamar que a vida social só é exequível através de organização responsável e planejada, onde o referido se efetiva através da cooperação social.⁴⁵

⁴⁵ BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 26. Ed. São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2011, p. 65.

Capítulo II - HOME CARE SOB A ÓTICA MÉDICA NO ÂMBITO DO DOMICÍLIO.

Trata-se de prestação de serviços de assistência à saúde em regime domiciliar com gerenciamento de Equipe Multidisciplinar que vise atender em ambiente pós-hospitalar, com indicação médica e avaliação sob protocolo de auditoria médica. Tendo como objetivo proporcionar cuidados à saúde em domicílio.

A Equipe Multidisciplinar de assistência deve atender aos seguintes itens:

- a) Acompanhamento pelo enfermeiro(a), conforme necessidade; assistência de auxiliar ou técnico de enfermagem, de acordo com a indicação e complexidade de cada caso;
- b) Atendimento médico em visita domiciliar: deverá ser feito mediante as orientações em relatório médico prévio, emitido pelo médico assistente em que conste o diagnóstico e os cuidados necessários;
- c) Fisioterapia: em sessões previamente autorizadas e com indicação do médico assistente, em relatório prévio e autorização da auditoria externa do Programa TST-Saúde;
- d) Serviços de nutrição e dietética: devem ser autorizados mediante indicação em relatório do médico assistente;
- e) Exames complementares em domicílio: apenas quando for indicada urgência e com autorização do Programa TST-Saúde;
- f) Fornecimento de materiais descartáveis e medicação: não estão incluídos na execução da assistência domiciliar;
- g) Terapia respiratória: apenas com a indicação em relatório do médico assistente, em que conste detalhadamente o diagnóstico e a indicação de uso de gases medicinais ou não. ⁴⁶

Assim como na internação hospitalar, no home care uma equipe formada por vários profissionais está envolvida direta e indiretamente no tratamento e no cuidado ao paciente. No entanto, na medicina domiciliar, como a família acompanha mais de perto o processo, a presença desses profissionais é mais marcante e conseqüentemente mais bem aproveitada. A equipe multiprofissional é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, além do pessoal de apoio, como motoristas e técnicos administrativos, entre outros.

⁴⁶ Disponível em: <http://www3.tst.jus.br/srben/Saude%20Novo/Anexo%20ato%2030%20-%20anexo%201%20-%20protocolo%20home%20care.pdf>.

O médico trata, isto é, estabelece, de forma integrada com toda a equipe, a conduta clínica que deverá ser seguida por todos os membros. O enfermeiro cuida, sendo responsável por todos os cuidados pertinentes ao tratamento de forma curativa, preventiva e de reabilitação. O nutricionista é responsável pela manutenção do equilíbrio nutricional do paciente, melhorando as suas condições de resposta ao tratamento. O farmacêutico trabalha nos "bastidores" e sua função é o controle de qualidade de todos os medicamentos e soluções usadas no tratamento, incluindo aí orientações sobre compatibilidades, interações medicamentosas e estabilidades de cada droga envolvida com a terapia em uso. O fisioterapeuta responsabiliza-se pela manutenção e reabilitação de toda a parte motora e respiratória. O fonoaudiólogo é importante para a reabilitação oral, que envolve fala e deglutição. O psicólogo cuida da reabilitação e manutenção psíquica do paciente e de seus familiares. O assistente social encaminha e organiza as questões sociais que dificultam a evolução do tratamento e que possam interferir na resposta clínica do paciente, incluindo o contexto familiar.⁴⁷

Embora o eixo de toda Internação Domiciliar seja feito pelo pessoal de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas pulmonares e de reabilitação física, além de psicólogos, cabe ao Médico-Assistente a tarefa de indicar o momento exato que seu paciente poderá ir para a internação domiciliar. Compete exclusivamente a ele repassar para os outros profissionais de saúde da instituição de *Home Care*, todas as suas rotinas, os medicamentos, as orientações médicas, além dos exames necessários. Caberá à enfermeira tomar todas as providências pertinentes, indo visitar a casa do paciente, conversar com os familiares, providenciar todos os equipamentos ergonômicos necessários (cama apropriada, postes de soros, bombas de infusão, monitores, oxigênio, entre outros) para continuar o tratamento em casa.⁴⁸

Todos estes profissionais devem ser especializados no trato com pacientes severamente comprometidos e possuem sólida experiência com pacientes críticos, crônicos e terminais. Essa experiência técnica é fundamental para o bom

⁴⁷ Home Care: Cuidados Domiciliares: Protocolos para a Prática Clínica / Cathy Bellehumeur... [et al.]; tradução Ivan Lourenço Gomes; revisão técnica Christina Aparecida Ribeiro, Marivan Santiago Abrahão. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

⁴⁸ Idem

desempenho do profissional. Entretanto, técnica não é tudo. Tão importante quanto a competência, estes profissionais devem ter um perfil especial, no qual o amadurecimento, a segurança e o compromisso contam muito e são qualidades essenciais. O profissional deve ser capaz de visualizar o paciente como um todo, envolvendo o contexto familiar, seus valores pessoais, seus sentimentos e suas formas de relações. O paciente em *home care*, bem como sua família, algumas vezes já tem percorrido uma trajetória sofrida e mais do que uma técnica absolutamente perfeita, ele precisa ser compreendido e confortado. O profissional, portanto, deve estar preparado para enfrentar uma diversidade de sentimentos. Autocontrole, autoestima e equilíbrio são características importantíssimas para o domínio desta atividade.⁴⁹

2.1 – Condições de Preparo dos Profissionais de Saúde:

O profissional de saúde deve ter ou adquirir conhecimentos das regras básicas de Home Care, na área clínica e administrativa, deve ter um conjunto de habilidades pessoais voltadas para a prestação de serviços ao paciente, a habilidade de prestar uma grande atenção aos detalhes, ter múltiplas habilidades técnicas acompanhadas por uma alta flexibilidade, ter a habilidade de assumir a responsabilidade pelo seu paciente e seu plano terapêutico, ter um meio de transporte viável, efetivo, confiável e habilidade como motorista, ter um bom conhecimento clínico teórico e prático, para poder atuar como especialista e generalista ao mesmo tempo, ter a habilidade de trabalhar de forma autônoma em um ambiente não estruturado, ter afeto sincero pelos pacientes e para os pacientes, ter desejo de continuar a aprender, ser receptivo a novas informações e conhecimentos clínicos, ter a consciência e aceitar o fato de que em Home Care existe um balanço constante a ser mantido entre demandas clínicas e administrativas, ter consciência de que mudanças podem ser difíceis, mas representam oportunidades.⁵⁰

⁴⁹ Disponível em:

http://www.portaleducacao.com.br/sistema/codigo/portal/imprime_artigo.asp?site=1&id=4456

⁵⁰ Disponível em: <http://www.portalhomecare.com.br/profissionais-de-saude/qualificacoes-profissionais-gerais>.

Instituições Educativas devem empenhar-se em prover uma educação específica ao profissional de saúde que estará atuando na área de Home Care. Esta educação deverá ser compatível com os desafios, e missão do cuidador formal em um âmbito multidisciplinar, o profissional que trabalha em home care deve ser um especialista, e um generalista, devendo ter a habilidade de equilibrar as demandas clínicas com as demandas administrativas inerentes dessa prática. Existem razões para o envolvimento educacional do profissional de saúde em Home Care, tais como:

O Atendimento Domiciliar está se tornando o melhor tipo de tratamento para um número cada vez maior de pacientes.

O profissional pode contribuir para a conservação de recursos em saúde quando escolhe esta modalidade de serviço oferecendo alternativas de tratamentos.

O profissional pode utilizar os benefícios psicológicos e sociais como nenhuma outra modalidade de serviços na saúde, tendo a oportunidade de ter uma visão globalizada do estado geral do paciente, avaliando-o em seu ambiente.⁵¹

Objetivos educacionais para treinamento do profissional de saúde em Home Care:

O objetivo principal é o de prover treinamento com informações e experiências necessárias, para torná-los capazes de incorporar, adequadamente, os procedimentos de Home Care ao gerenciamento clínico de seus pacientes.

O profissional de saúde deve ser capacitado a avaliar o paciente em parâmetros globais:

Avaliação de nível funcional do paciente; condição psicossocial do paciente; avaliação do paciente e do cuidador informal quanto a suas capacidades de exercer as tarefas necessárias para cuidar; avaliação do meio ambiente onde tratamento ocorrerá; nível de segurança tanto do paciente quanto dos cuidadores formais e informais; requisitos de funcionalidade e manutenção do ambiente de cuidados; recursos de transporte/remoção para o paciente.⁵²

⁵¹ <http://www.portalthomecare.com.br/profissionais-de-saude/educacao-formal-do-profissional-para-o-home-care>.

⁵² Idem

O cuidador é um ator relevante para a efetivação da atenção domiciliar e deve ser considerado um elemento importante na articulação e no agenciamento de recursos e esforços para a consecução dos projetos terapêuticos formulados.

Quanto à equipe técnica necessária para a implantação dessa modalidade assistencial, ainda que não exista um consenso sobre a intensidade de sua participação, puderam ser estabelecidos alguns saberes profissionais indispensáveis para a efetivação dos cuidados domiciliares. O desenho dessas intensidades deverá ser feito pelos programas locais, guardadas as características e disponibilidades loco-regionais. O núcleo mínimo das equipes poderá ser constituído por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, que deverão apresentar vinculação exclusiva com o programa. Outros profissionais poderão (e deverão) ser inseridos da mesma forma ou em caráter de compartilhamento com outros programas assistenciais a critério do projeto loco-regional. De certa forma, para que se possa apresentar uma prática segura, faz-se necessário o estabelecimento de uma equipe matricial de suporte com profissionais de serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.⁵³

A capacitação da equipe deve considerar o deslocamento do ambiente protegido (hospital, serviço de saúde etc.) para o domicílio. Isso demanda um processo especial, já que normalmente as tecnologias necessárias não são abordadas nas escolas da área da saúde e podem ser desconhecidos pelas equipes.⁵⁴

Para a implantação da modalidade assistencial faz-se necessário desenvolver padrões de equipamentos e insumos, que devem estar disponíveis, bem como consentir diretrizes assistenciais e protocolos terapêuticos bem firmados para garantia da segurança operacional que seja efetiva para a defesa da vida. Para a produção dessas capacidades técnicas, será importante a articulação entre a

⁵³ Op. Cit. Home Care: Cuidados Domiciliares: Protocolos para a Prática Clínica / Cathy Bellehumeur... [et al.]; tradução Ivan Lourenço Gomes; revisão técnica Christina Aparecida Ribeiro, Marivan Santiago Abrahão. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

⁵⁴ Idem

proposta de implantação do modelo com a implementação dos Pólos de Educação Permanente, inserindo nestes a área de internação domiciliar.⁵⁵

2.2 – Aplicações Concretas do Home Care:

O médico prescreve o atendimento domiciliar denominado Home Care quando o portador está completamente dependente e incapaz de locomoção, daí necessitando de enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudióloga e nutricionista.

O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

O artigo 7º obriga a prestação de serviço, mesmo que não prevista em contrato de adesão, vez que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.⁵⁶

Quase tudo que é feito numa Unidade de Terapia Intensiva, hoje pode ser feito no domicílio devido à alta tecnologia em *home care*, tais como a nutrição artificial, hidratação, ventilação mecânica, aspiração contínua de secreções, infusões endovenosas e diálises que transformam as residências em verdadeiras enfermarias de hospital.⁵⁷

Adaptado à realidade brasileira pelo pioneirismo de algumas empresas, o Home Care idealiza um atendimento mais humanizado e gerenciado como alternativa complementar ao sistema de saúde vigente, otimizando custos e recursos.

⁵⁵Disponível em: http://www.portaleducacao.com.br/sistema/codigo/portal/imprime_artigo.asp?site=1&id=4456

⁵⁶ Disponível em: <http://www.comunidadeela.xpg.com.br/HomeCare.htm>

⁵⁷ HIRSCHFELD, M. J., OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do *home care*. Pag.457..

É vital esclarecer que nem todas estas empresas promovem a Internação Domiciliar propriamente dita. Algumas empresas são só geriátricas (pessoas idosas) ou pneumopatas (pacientes com problemas de pulmão), outras só atendem pacientes cardíacos, outras só pediatria, ou seja, se dedicam apenas a determinadas especialidades, segmentos da Medicina.⁵⁸

Serviço de assistência domiciliar é aquele componente abrangente de um cuidado de saúde pelo qual serviços são providos a indivíduos e famílias em seus locais de residência com a finalidade de promover, manter, ou restabelecer a saúde ou minimizar os efeitos de enfermidades e inaptidões.⁵⁹

O Ministro do Supremo Tribunal Federal, Luiz Fux define assistência domiciliar como:

A Assistência Domiciliar é capaz de diminuir a permanência dos pacientes em hospitais, trazendo benefícios não só para a consumidor em relação ao seu tratamento, mas também para a instituição da saúde, permitindo maiores lucros. O paciente /consumidor reage melhor e mais rápido se for atendido em domicílio, pois usufruirá de privacidade, conforto e proximidade de familiares e amigos.⁶⁰

A Lei nº 8080/90 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", versa em seu contexto:

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002);

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002).⁶¹

O *home care* se caracteriza como uma forma especial de internação, pois permite ao paciente receber tratamento médico fora do ambiente hospitalar, com a mesma estrutura que lá teria. Além de se apresentar como alternativa de redução

⁵⁸ Disponível em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/6/6b/13_-_Primeiros_Socorros.pdf

⁵⁹ Disponível em: Mendes, Walter. Home care: uma modalidade de assistência à saúde.

⁶⁰ Brasil. STJ.Relator: Ministro Luiz Fux. Disponível em: www.stj.gov.br.

⁶¹ Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm

dos elevados custos decorrentes da permanência do paciente numa instituição de saúde, o *home care* previne o usuário de possíveis riscos infectológicos, além de contribuir para a melhora física e psicológica do paciente.

No *home care*, o paciente recebe tratamento domiciliar de profissionais da área médica, especializados em atendimento extra hospitalar. Este serviço não pode ser confundido com a figura do cuidador, que normalmente é um familiar ou um empregado contratado para auxiliar o doente a se vestir, a se alimentar, a fazer a higiene etc.

Apesar das nítidas vantagens oferecidas pelo *home care*, muitos planos e seguros de saúde se negam a prestar cobertura a este serviço, justificando esta prática em cláusulas contratuais que limitam o tratamento domiciliar do segurado.

Ocorre que a necessidade de *home care* não decorre da vontade do paciente, mas sim de indicação médica que visa a garantia da integridade física do doente, quando esta é colocada em risco no ambiente hospitalar.

Desta forma, sempre que houver indicação médica para o uso de *home care*, decorrente de doença contratualmente coberta pelo plano ou seguro-saúde, não poderá prevalecer a exclusão contratual para tratamento domiciliar.

Entender de forma diversa é o mesmo que aceitar a cobertura de determinada doença, mas restringir o modo pelo qual ela deve ser enfrentada é uma contradição intrínseca que afeta a própria eficácia da cláusula de cobertura contratual.

Sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor, negar cobertura para o uso de *home care* espelha prática de conduta abusiva, eis que “*restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual*”, nos moldes do artigo 51, § 3º, inciso II da Lei nº 8.078/90.

Portanto, o *home care* deve ser considerado como uma forma especial de internação, o que obriga sua cobertura pelos planos e seguro-saúde sempre que

houve recomendação médica, pois sua exclusão compromete o objeto do contrato de assistência médica contratado pelo paciente.⁶²

2.3 – Serviços Médicos por meio do Home Care:

O médico Nildo Aguiar, que dirigiu o primeiro hospital com assistência domiciliar no Rio de Janeiro e, posteriormente, ocupou inúmeros cargos nos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, forneceu os principais dados sobre a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Samdu), criado em 1949, ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho, provavelmente a primeira atividade planejada de assistência domiciliar à saúde no país. Segundo essa fonte, os principais responsáveis pela criação desse serviço foram os sindicatos de trabalhadores, principalmente os de transportes e marítimos, insatisfeitos com o atendimento de urgência vigente. Os municípios que possuíam hospitais de urgência não atendiam os previdenciários, tal qual os hospitais da previdência não atendiam enfermos que não fossem cadastrados como daquele ramo de serviço ou de produção. Esse foi o principal motivo que desencadeou a posição dos sindicatos exigindo a assistência de emergência.⁶³

A medicina domiciliar é um termo genérico para um conjunto de procedimentos hospitalares que podem ser feitos na casa do paciente. Aplica-se a todas as etapas do cuidado do profissional de saúde, na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças, bem como nos procedimentos de reabilitação.

Também conhecida como *home care* (do inglês, cuidado no lar), a medicina domiciliar abrange desde procedimentos simples, como o tratamento de feridas em diabéticos, terapia intravenosa e fototerapia para recém-nascidos; até outros de maior complexidade, como a internação domiciliar para condições mais graves, nas quais os pacientes não são capazes de se locomover, de fazer sua própria higiene

⁶²Disponível em: http://www.vilhenasilva.com.br/principal/pub/anexos/20110713072222DireitoaSaude_VilhenaSilvaAdvogados_Vol_II.pdf

⁶³Disponível em: http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati4.pdf.

peçoal, podendo necessitar de respiração artificial, terapia nutricional e acompanhamento integral por profissionais treinados.

Longe de ser um luxo ou uma excentricidade restrita a poucos, a medicina domiciliar é mais acessível do que parece e seus custos são cobertos pela maioria dos planos de saúde. Todo o processo do *Home Care* se origina do pedido do Médico Assistente ou da Auditoria Médica do convênio. Após análise, o paciente é transferido para sua casa com toda a infraestrutura necessária. Pode ser feita em três níveis de assistência: alta complexidade – enfermagem 24 horas; média complexidade – enfermagem 12 horas; e baixa complexidade – apenas para procedimentos de enfermagem. Toda a estrutura é montada na casa do paciente e não há ônus adicional com a internação domiciliar. A central de atendimento funciona 24 horas, com médicos, enfermeiros, ambulâncias e todos os itens que podem proporcionar segurança e qualidade na internação.⁶⁴

Embora o eixo de toda Internação Domiciliar seja feito pelo pessoal de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas pulmonares e de reabilitação física, além de psicólogos, cabe ao Médico-Assistente a tarefa de indicar o momento exato que seu paciente poderá ir para a internação domiciliar. Compete exclusivamente a ele repassar para os outros profissionais de saúde da instituição de *Home Care*, todas as suas rotinas, os medicamentos, as orientações médicas, além dos exames necessários. Caberá à enfermeira tomar todas as providências pertinentes, indo visitar a casa do paciente, conversar com os familiares, providenciar todos os equipamentos ergonômicos necessários (cama apropriada, postes de soros, bombas de infusão, monitores, oxigênio, entre outros) para continuar o tratamento em casa.

Estes equipamentos usados têm que ser compatíveis com a residência da família, tornando o ambiente apropriado e apto para continuar o tratamento do paciente. Por critérios de segurança as instituições de *Home Care* mantêm médicos de *backup* 24 h, durante 7 (sete) dias por semana, que poderão ser acionados em

⁶⁴ Disponível em:

http://www.portaleducacao.com.br/sistema/codigo/portal/imprime_artigo.asp?site=1&id=4456

caso do médico-assistente solicitar ou em uma emergência em que ele (a) não esteja alcançável. O *Home Care*, por vezes, é complexo e necessita de uma coordenação com variáveis frequentes e requer uma equipe multidisciplinar especializada para que trabalhem de modo integrado, em perfeita coordenação e *timing*. Para isso são necessários profissionais de saúde mais globalizados, pois os casos irão requerer múltiplas terapias e análise de vários e modernos procedimentos em diversas especialidades, tendo que ter conhecimentos gerais, criatividade e iniciativa para desempenhar com competência seu trabalho.

Em geral, a própria firma de *Home Care* se encarrega de conseguir a autorização para a internação domiciliar após o preenchimento da solicitação pelo médico-assistente. No entanto, é de se esperar que no futuro ocorrerá o momento em que os próprios planos de saúde tomarão a iniciativa de redirecionar os pacientes internados para a internação domiciliar e não autorizar intermináveis prorrogações. De posse da autorização de internação domiciliar fornecida pelo plano de saúde do paciente e já tendo a enfermeira dado o sinal verde – com todos os equipamentos disponibilizados na residência do paciente – promove-se a transferência dele, no caso do hospital para sua casa.

O Prontuário Médico com os respectivos relatórios e anotações da enfermagem (e dos outros profissionais envolvidos no caso) ficam na casa do paciente a disposição do médico assistente. Qualquer intercorrência com o paciente será prontamente notificada e dadas as instruções ou tomadas as medidas que achar oportuna para a resolução do problema e continuação do tratamento ou até de uma eventual reinternação. Em geral, e por enquanto, os candidatos são principalmente idosos oriundos dos hospitais. Uma pesquisa recente revelou que dos pacientes internados em um Hospital-Geral, 30 a 40% dos casos já possam continuar o tratamento pela Internação Domiciliar. São aqueles pacientes que já foram operados ou que estão em recuperação devido a uma enfermidade clínica aguda. A Internação Domiciliar está indicada primordialmente para pacientes estáveis; eles podem estar até graves, mas desde que estejam com sinais vitais estabilizados são candidatos à Internação Domiciliar. Se, no decurso da Internação

Domiciliar, passar para a condição de instável deve-se prontamente reavaliá-lo para uma possível reinternação.⁶⁵

Home Care é uma arte que poucas instituições fazem bem. A parte mais específica e mais difícil é a “alta” do paciente. Isto acontece quando a equipe se retira da casa do paciente e transfere os cuidados para o próprio paciente ou familiares. Todos os detalhes devem ser pormenorizadamente explicados e entendidos pelos *care-takers* (cuidadores). Aqui a resistência dos familiares é significativa. Por isso é necessária muita experiência, eficiência e competência por parte das equipes especializadas em *Home Care* quanto à alta do paciente.

O *Home Care* beneficia uma gama enorme de pacientes crônicos com diversas patologias. Entre as enfermidades mais recentes, além das mencionadas acima estão: aqueles pacientes que requerem nutrição enteral ou parenteral prolongada, diabéticos debilitados, pacientes com escaras de decúbitos, queimados em recuperação, pacientes pediátricos (prematuros), enfim é cada vez mais crescente o número de doenças que se beneficiarão com o serviço de *Home Care*. Na medida em que a sofisticação dos aparelhos da área de saúde se desenvolvem com mais rapidez, permitindo que um maior número de pacientes possam ser monitorizados a distância, outras doenças virão se juntar às já existentes. Após a alta do paciente os sofisticados equipamentos e sistemas tecnológicos de monitorização a distância, que já se encontram no mercado, se necessário, são colocados na casa do paciente para manter a sua saúde e prevenir recorrências.

Para a maioria dos pacientes em *home care* a participação da família na sua recuperação é uma influência positiva, não só do ponto de vista clínico, mas também do psicológico, uma vez que a tendência é sempre uma colaboração mais eficiente entre profissionais de saúde, família e paciente. Nos casos de internação domiciliar, isto é, quando o paciente tem uma condição mais grave e alto grau de dependência, a colaboração familiar continua sendo importante, no entanto, seus membros devem se preparar para significativas alterações de sua rotina doméstica. Principalmente

⁶⁵Disponível em: <http://www.portalthomecare.com.br/profissionais-de-saude/educacao-formal-do-profissional-para-o-home-care>

nos casos de doenças crônicas ou incapacitantes, a convivência com o paciente pode gerar dor e sofrimento nos entes queridos.⁶⁶

⁶⁶ Disponível em:
http://www.portaleducacao.com.br/sistema/codigo/portal/imprime_artigo.asp?site=1&id=4456

CAPÍTULO III – HOME CARE E O ATENDIMENTO PELO SUS

O Serviço de Atenção Domiciliar está inserido no contexto das Redes de Atenção à Saúde do SUS, também conhecidas como “Saúde Toda Hora”. De acordo com a Portaria 2.029, o SAD⁶⁷ poderá ser oferecido aos pacientes com condições de concluir o tratamento em domicílio, conforme diagnóstico médico.

O Ministério da Saúde ampliou a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio da Portaria 2.029, os pacientes do SUS passam a ter acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que será prestado na residência e com a garantia de continuidade dos cuidados à saúde do paciente. O SAD é substitutivo ou complementar à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial, com foco na assistência humanizada e integrado às redes de atenção disponíveis na rede pública de saúde.

Pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, por exemplo, poderão ser cuidados pelo Serviço de Atenção Domiciliar. De acordo com a portaria, só não terão acesso ao SAD pacientes que demandem monitoramento ininterrupto (como aqueles que necessitam de ventilação mecânica), assistência contínua de enfermagem ou tratamento cirúrgico. Casos como esses deverão ter a internação hospitalar ou os cuidados ambulatoriais mantidos.⁶⁸

Segundo o Ministro do Supremo Tribunal Federal, Relator Ricardo Lewandowski:

O indivíduo tem liberdade para se utilizar, conjunta ou exclusivamente, do atendimento prestado pelo serviço público de saúde ou daquele disponibilizado por entidades particulares. Inexiste ofensa à Constituição no fato de o paciente, à custa de recursos próprios, complementar com o serviço privado o atendimento arcado pelo **SUS**.⁶⁹

⁶⁷ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html

⁶⁸ Disponível em: <http://www.portalhomecare.com.br/home-care/home-care-pelo-sus>.

⁶⁹ Disponível em:

http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas/toc.jsp?livre=@docn&tipo_visualizacao=RESUMO&menu=SIM

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas na Constituinte pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente, ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania.

O Ministro do STJ Maurício Corrêa, diz que:

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, tendo por fim a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; à habilitação e reabilitação das pessoas deficientes e à promoção de sua integração à vida comunitária; à garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, inferindo-se desse conjunto normativo que a assistência social está dirigida à toda coletividade, não se restringindo aos que não podem contribuir. Vê-se, pois, que a assistência à saúde não é ônus da sociedade isoladamente e sim dever do Estado.⁷⁰

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.⁷¹

O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do

⁷⁰ Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigo.asp#ctx1>.

⁷¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Estado brasileiro para com seus cidadãos. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime.⁷²

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos –, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros.

Antes da criação do SUS, que completou 20 anos em 2008, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.⁷³

O SUS, na forma como é definido em lei, segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o País, prevendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A promoção da saúde se faz por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável. Está estreitamente vinculada, portanto, à

⁷² Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf.

⁷³ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>

eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde.

Entre as ações de natureza eminentemente protetoras da saúde, encontram-se as medidas de vigilância epidemiológica (identificação, registro e controle da ocorrência de doenças), vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária de alimentos, do meio ambiente e de medicamentos, adequação do ambiente de trabalho e aconselhamentos específicos como os de cunho genético ou sexual. Protege-se a saúde realizando exames médicos e odontológicos periódicos, conhecendo a todo momento o estado de saúde da comunidade e desencadeando oportunamente medidas dirigidas à prevenção e ao controle de agravos à saúde mediante a identificação de riscos potenciais. As medidas curativas e assistenciais, voltadas para a recuperação da saúde individual, complementam a atenção integral à saúde.⁷⁴

A Portaria Federal número 2.416, de 23.03.98 do Ministério da Saúde⁷⁵, estabeleceu os requisitos para credenciamento de Hospitais e para realização de internação domiciliar pelo SUS. A portaria foi a primeira a falar sobre o tema e previu a necessidade de avaliação e solicitação médica para a internação domiciliar e estabeleceu prioridades no atendimento para idosos e pacientes portadores de condições crônicas como insuficiência cardíaca, doença vascular cerebral, diabetes e outros.

Em 2002, foi criada a lei federal número 10424/02 que regulamentou o home care no âmbito público. Foi a principal entre as normas. Dentre os procedimentos previstos na lei, estão enfermagem, fisioterapia, atendimentos psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

⁷⁴ Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>.

⁷⁵ Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>

Em 07 de maio de 2003, o Conselho Federal de Medicina editou a resolução número 1668/03.⁷⁶ A resolução estabeleceu os critérios a serem obedecidos pelas empresas que oferecem o home care. Dentre as obrigações, ressaltamos o registro da empresa no Conselho Regional do Estado, a necessidade de um hospital para atender qualquer intercorrência durante a internação, disposição de profissional médico 24 horas, protocolo de visitas e necessidade de ambulância.

Em 26 de janeiro de 2006, o Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional da Vigilância Sanitária, editou a Resolução da Diretoria Colegiada número 11.⁷⁷ A resolução dispõe sobre os requisitos mínimos de segurança para o funcionamento dos serviços de atenção domiciliar. Na legislação há um glossário com os conceitos de internação domiciliar, cuidadores, tempo de permanência e outros termos utilizados.

Em 19.10.06, o Ministério da Saúde criou a portaria número 2529⁷⁸ que reuniu todas as outras normas já editadas e instituiu o home care. A lei prevê diversos direitos e obrigações para o fornecedor e para o usuário de saúde e elenca os cuidados médicos suscetíveis de internação hospitalar, tais como: necessidade de ventilação mecânica, monitorização contínua, enfermagem intensiva, necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência e outros. A portaria foi uma norma muito importante para a efetivação do serviço no âmbito público.

Por fim, a Resolução número 7, de 02.02.07 da ANVISA⁷⁹ prevê a obrigação de a empresa fornecedora do serviço de home care fazer inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Na prática, os médicos atestam a necessidade do home care e até elencam o porquê da preferência pelo atendimento em ambiente domiciliar, mas os responsáveis pelo sistema de saúde público não concedem o direito alegando que não têm condições financeiras e físicas de arcar com os tratamentos.

⁷⁶ Disponível em: <http://www.mederi.com.br/CFM-1668-03.html>

⁷⁷ Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/cd_farmacopeia/pdf/volume1.pdf

⁷⁸ Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>

⁷⁹ Op. Cit. http://www.anvisa.gov.br/hotsite/cd_farmacopeia/pdf/volume1.pdf

Então, há uma regra no Direito que diz que quando o responsável pela execução da tarefa pública não estiver funcionando, cabe a um outro setor fiscalizar o que está errado e esse outro setor é o Judiciário⁸⁰

3.1 – Procedimentos de Home Care:

Em vários países do mundo, a desinternação é assumida como uma área de atuação de políticas públicas, caso do Canadá, Espanha, Inglaterra e Portugal. Esta proposta de assistência extra-hospitalar busca otimizar o atendimento oferecido com vista a uma maior eficácia e eficiência para o cliente. Tem-se, portanto, um maior impacto na saúde a um menor custo⁸¹

Com a utilização dessa forma de atendimento vem sendo constatada a melhoria da qualidade de vida, sem que se perca o vínculo familiar e o reconhecimento dos seus benefícios tem favorecido a sua rápida expansão no Brasil. No país, este tipo de assistência faz parte das modalidades do atendimento do Programa de Saúde da Família (PSF) que foi criado, em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS) com o principal propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional que dá mais atenção à cura do que à prevenção das doenças. O PSF leva os profissionais de saúde para mais perto das famílias e, com isso, propicia a melhoria da qualidade de vida da população e, ao mesmo tempo cria uma relação de confiança entre as equipes de saúde e a população.⁸²

O cuidar e o acolher as pessoas que necessitam de algum tipo de atenção especial não é uma atividade recente. No Brasil, a valorização dos âmbitos familiar e comunitário como espaço de atendimento surge nos anos sessenta mas, é nos anos 90 que surgiram as novas tendências na assistência domiciliar, incorporando um conceito mais amplo de Saúde da Família e que se expandiu para todos os estados, com o desafio de trabalho em equipe, com

⁸⁰ Disponível em: <http://www.saudelegal.org/index.php/artigos/91-internacao-domiciliar-home-care-pelo-sus-e-pelos-convenios-medicos>.

⁸¹ ALBUQUERQUE, S. M. R. L. Serviço social na assistência domiciliar. Revista Brasileira de Homecare, ano 5, n. 53, p.20 .

⁸² SANTILLO, H. Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília, s.d., 18p.

enfoque multidisciplinar. Nesse aspecto é que se inicia a nova área de atuação em “Home Care”.⁸³

O *home care*, por vezes, é complexo e necessita de uma coordenação com variáveis freqüentes e requer uma equipe multidisciplinar especializada para que trabalhem de modo integrado, em perfeita coordenação e *timing*. Para isso, são necessários profissionais de saúde mais capacitados, pois os casos podem requerer múltiplas terapias e análises de vários e modernos procedimentos.⁸⁴

Da equipe multiprofissional do Home Care se exige conhecimento científico, experiência profissional e competência técnica, bem como habilidade nas relações inter-pessoais para lidar com as emoções e valores dos pacientes e familiares. A equipe possui um papel fundamental no atendimento domiciliar, devendo conhecer a situação real do doente, aproximando familiares, esclarecendo as dúvidas, propiciando conforto e ajudando na reabilitação do paciente. Todos devem participar desta situação, que é nova para os familiares. Além disso, é preciso ter a prerrogativa de educar os envolvidos neste processo, tanto o paciente quanto seus familiares, para que se obtenha uma resposta mais adequada ao tratamento, possibilitando assim o sucesso dos serviços, com uma maior integração entre pacientes e familiares.

O pioneiro em atendimento domiciliar no Brasil foi o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados. Para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica. Mas somente em 2002 a Lei nº 10.424 regulamentou a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

No início da década de 90 que o setor privado começa a reconhecer a importância deste serviço com a criação das primeiras empresas focadas em internação domiciliar, contando com o apoio logístico de equipamentos, materiais, medicamentos e profissionais especializados.⁸⁵

⁸³ Disponível em: http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/saude/homecare.pdf

⁸⁴ Disponível em: <http://www.fundacaounimed.org.br/Monografias/DaniellaOliveiraBonomi.pdf>

⁸⁵ Idem.

Uma das principais vantagens da internação domiciliar em relação à hospitalar diz respeito ao custo. Cálculos feitos com planilhas de custos de seguradoras e planos de saúde revelaram que a redução dos custos em certas doenças atinge valores entre 20% e 60 % comparativamente aos custos hospitalares da mesma enfermidade.⁸⁶

Já se observam, na internação domiciliar, dados que demonstram uma importante redução do tempo da doença do paciente, isto é, a recuperação parece ser mais rápida e mais humana. Esse tipo de atendimento é bom para o paciente porque ele é tratado no seu ambiente natural, com atendimento personalizado 24 horas, no contexto familiar e com uma vantagem enorme, a impossibilidade de o paciente contrair uma infecção hospitalar.

O serviço de Home Care é bom para o hospital, pois permite uma maior rotatividade de seus leitos, abrindo espaço para pacientes instáveis que precisam realmente de leitos em unidades de terapia intensiva (UTI), cirurgias, politraumatizados e outras enfermidades agudas. A otimização de seus leitos acarretará uma maior margem de lucro pelo fato de o hospital não precisar elevar o seu efetivo de pessoal, mas permitirá capacitá-lo melhor com treinamentos mais específicos.

Podemos observar que o Home Care surge como um novo modelo de prestação de serviços de saúde, sendo uma alternativa viável, passando a ser uma tendência, pois à medida que as seguradoras e planos de saúde descobriram que este serviço pode ser utilizado como ferramenta de diminuição de despesas, manutenção da qualidade e mais humanização, passaram a remunerar quase todos os procedimentos de Home Care. Independente do formato de Home Care adotado, a assistência domiciliar é reconhecida como uma importante ferramenta estratégica de gestão no setor saúde.⁸⁷

Para sua implantação, é preciso definir quais são os tipos de serviço viáveis no município, levando-se em conta as maiores necessidades e as possibilidades da prefeitura em termos de equipamentos e pessoal.

⁸⁶ Ibidem

⁸⁷ Disponível em: http://www.saocamilo.br/jornalsaocamilo_online/sp/sp_pontodevista18.htm.

A internação domiciliar é mais aconselhável onde houver maior carência de leitos públicos. Para a prestação de serviços especializados e a internação domiciliar, é importante observar as condições existentes na residência do paciente, avaliando se é possível receber cuidados em casa.

3.2 – Aspectos Impeditivos do acesso ao Home Care:

A negativa de concessão do Home Care frustra os objetivos do contrato consistente no reembolso e na prestação de serviços necessários para a manutenção da saúde do consumidor, o que configura abusividade incompatíveis com a boa-fé, que impõe às partes ao longo da execução do contrato e do dever de cooperação.

Já existe vasta jurisprudência favorável neste sentido, contudo quando a ação judicial é negada em primeira instância, o tempo de duração do recurso acaba por inviabilizar a concessão da ação em 2ª instância.

Embora haja jurisprudência favorável, ainda existe muita resistência dos Planos de Saúde em concederem imediatamente o Home Care logo que prescrito pelo médico.

O tempo gasto no processo judicial acaba consumindo aquele tempo que deveria estar sendo aplicado o Home Care, e com isso os Convênios Médicos saem na vantagem, pois gastam recursos financeiros com o seu corpo jurídico em suas defesas judiciais e economizam na aplicação do home care, pois a doença evolui mais rápido do que as decisões judiciais.

Daí a necessidade da propositura de divulgação do Home Care para que todos os convênios sejam compelidos por pressão da população ao seu fornecimento imediato.⁸⁸

⁸⁸ Disponível em:
http://www.vilhenasilva.com.br/principal/pub/anexos/20110713072222DireitoaSaude_VilhenaSilvaAdvogados_Vol_II.pdf.

O fornecimento de serviços de atendimento domiciliar à saúde - home care, embora previsto pela Portaria Federal 2.416, de 23 de Março de 1998 que *Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS*, ainda não pode ser considerado uma possibilidade viável, e disponível à toda população. Em outras palavras, o serviço ainda não foi democratizado a ponto de ser utilizado em nível de Brasil.

As empresas que optam pela valorização da saúde encontram grandes dificuldades para obter recursos para novos investimentos e para custear os serviços, e a racionalização do que está disponível surge como alternativa inevitável.

Pesquisas no passado revelaram que poucos representantes do SUS têm algo coerente e objetivo a informar o interessado a respeito de como obter Home Care pelo SUS. Empresários da área de home care, não conseguem obter do SUS, o conhecimento necessário para poder conveniar-se nesta modalidade. Em resumo, praticar home care pelo SUS, no Brasil, ainda é uma utopia.⁸⁹

⁸⁹ Disponível em: <http://www.portalthomecare.com.br/home-care/home-care-pelo-sus>

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A atenção domiciliar na saúde suplementar se insere no contexto em que as operadoras introduzem novas tecnologias de cuidado à saúde, para fazer frente aos seus altos custos operacionais, decorrentes do modelo tecnoassistencial predominante na produção de procedimentos.

A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem buscado pautar a questão da assistência, quando formulou o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar que se tornou uma política da Agência, dado a sua relevância (ANS, 2005).

A transição demográfica demonstra um envelhecimento populacional cada vez mais acentuado, a mudança no perfil epidemiológico da população, no qual se evidencia um aumento das doenças crônicas não-transmissíveis, os custos do sistema hospitalar cada vez mais elevado, o desenvolvimento de equipamentos tecnológicos, que têm possibilitado maior taxa de sobrevivência das pessoas, o aumento da procura por cuidados de saúde, o interesse dos profissionais de saúde por novas áreas de atuação, a exigência por maior privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde, além da necessidade de maior integração da equipe profissional com o cliente e sua família.

Este modelo de atenção à saúde tem sido amplamente difundido no mundo e tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional.

Este modelo de assistência à saúde se encontra em processo de ascensão nas práticas de saúde no Brasil, porém, 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 união da teoria com a prática, para a adequação da prática profissional daqueles que já atuam na atenção à saúde domiciliar, ou para a formação dos novos profissionais de saúde.

Para a compreensão ampliada dos termos e de seus significados, bem como a sua utilização adequada pelos profissionais da saúde, realizou-se o presente estudo com objetivo de identificar a bibliografia existente acerca das concepções sobre as modalidades de atuação no home care, e uma explicitação sobre aspectos organizacionais e de logística na atividade de Assistência Domiciliar no sistema privado de saúde.

Como pode se observar no estudo existe uma complementariedade entre as modalidades do home care. Deste modo, a Atenção Domiciliar é, dentre as modalidades, a mais ampla, envolvendo a vigilância a saúde dos pacientes, de modo a promover, manter e/ ou restaurar a saúde do paciente.

O atendimento domiciliar é a execução de qualquer atividade profissional direta a saúde dos indivíduos e a internação domiciliar é a prática mais intensiva e complexa no domicílio. A visita domiciliar é uma forma de avaliação dos indivíduos, família e do domicílio, sendo também uma forma de atendimento domiciliar.

Por fim, destaca-se a importância do conhecimento sobre home care, aspectos organizacionais e logística que envolvem a assistência em domicílio e as modalidades e suas especificidades que fundamentam a prática, proporcionando uma prática assistencial planejada e organizada aos beneficiários e um atendimento humanizado e de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS:

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. Serviço social na assistência domiciliar. Revista Brasileira de Homecare, ano 5.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/cd_farmacopeia/pdf/volume1.pdf>

BRASIL. Constituição da República Federativa de 1988. **Vade Mecum**.12. ed.rev., atual e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2011.p.75.

BRASIL.Disponívelem:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Vade Mecum**. 12ª ed. atual. e ampl. São Paulo. Saraiva, 2011, p. 1079.

BRASIL. **Súmula 302/STJ**, de 28 de julho de 2010. Dispõe sobre limite de internação na UTI. Disponível em:< <http://www.stj.gov.br/htm>>. Acesso em: 20/04/2012.

BRASIL. TRF 2ª Região, 11ª Vara Federal do RJ, Processo nº 20125110023495. Limite de internação na UTI. Julgado em: 02/04/2012. Publicado em: 12/04/2102.

BRASIL. STJ. RE.00039062. Relator: Ministro Luiz Fux. Tutela de urgência e plano de saúde. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico. Publicado em: 04/2000.< [www.http/stj.gov.br/htm](http://www.stj.gov.br/htm)>. Acesso em: 19/04/2012.

BRASIL. Portaria SAS/Nº 629 de 25 de agosto de 2006. Dispõe sobre Internação domiciliar. Disponível em:< <http://www.portalthomecare.com.br/htm>>. Acesso em: 19/04/2012.

BRASIL. Portaria Nº 2.029, DE 24 DE AGOSTO DE 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>

BRASIL. Portaria Nº 2.416, DE 23 DE MARÇO DE 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2416.html>>

BRASIL. Portaria Nº 2.529 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.668, de 07 de maio de 2003. Disponível em: <<http://www.mederi.com.br/CFM-1668-03.html>>

HIRSCHFELD, M. J., OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care.

Home Care: Cuidados Domiciliares: Protocolos para a Prática Clínica / Cathy Bellehumeur... [et al.]; tradução Ivan Lourenço Gomes; revisão técnica Christina Aparecida Ribeiro, Marivan Santiago Abrahão. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 6ª ed. Revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Saraiva, 2012.p.388.

MORAES. Alexandre de. **Direito Constitucional**. 28. ed. Revista e atualizada até a EC nº 68/11. São Paulo: Atlas, 2012.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 26. ed. São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2011.

SARLET, Wolfgang Ingo. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição da República de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2003, p. 105.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Direito Constitucional**. ed. 7ª, ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

DINIZ, Maria Helena. **Código Civil Comentado**. São Paulo: Ltr, 2008.

FRANCO, Georgenor de Sousa. **Ético, Direito & Justiça**. São Paulo: Ltr, 2005.

MARTINS, Flademir Jerônimo Belinati. **Dignidade da Pessoa Humana: princípio constitucional fundamental**, Curitiba: Juruá, 2003.

MELO, José Tarcísio de Almeida. **Direito Constitucional do Brasil**. Belo Horizonte. Del Rey, 2010.

MUKAI, Toshio. **Da Segurança Jurídica: Direito Adquirido nas Relações Contratuais**. São Paulo, Ltr, 2005.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. In: LEITE, George Salomão (Org.). **Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. São Paulo: Malheiros, 2003.

SANTILLO, H. Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília, s.d.

SILVA, Celso. **Interpretação Constitucional Operativa: Princípios e Métodos**. São Paulo: Ltr, 2004.