

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

THAYZE PEREIRA

**ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA
MELHOR EM CASA NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS
2017

THAYZE PEREIRA

**ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA
MELHOR EM CASA NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS

2017

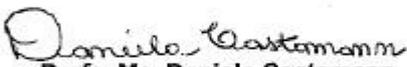
THAYZE PEREIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

1 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA:


Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Orientadora


Profa. Ma. Daniela Castamann
Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR)
1ª Examinadora


Profa. Dra. Michelly Laurita Wiese
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
2ª Examinadora

Florianópolis, dezembro de 2017.

AGRADECIMENTOS

Quando penso em agradecimentos logo me vem à memória todos esses anos passados, desde o vestibular. Foram anos tão intensos, de muita correria, textos e mais textos, trabalhos, resenhas, projetos, provas e noites mal dormidas. E de aprendizado, acima de tudo. Sou muito grata por tudo que passei na UFSC, as pessoas que conheci e tive a oportunidade de conviver durante esse breve período de tempo. Levarei todas em meu coração, para o resto da minha vida! Esse item é uma tentativa de agradecer a todos que fizeram parte dessa jornada.

Aos meus pais, Simone Maria Pereira e Eduardo Pereira, que com muito carinho, apoio e compreensão não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida. Agradeço imensamente a vocês e meu irmão Eduardo Pereira Junior, pela dedicação e amor dados a mim. Amo vocês, para sempre!

Agradeço a toda minha família pelo apoio e carinho, em todos os momentos da minha vida. E ao meu namorado, Geovane, pela compreensão e apoio durante esses anos de graduação e, principalmente, esse final de correria para entregar o TCC. Te amo.

Agradeço a todos os amigos que fizeram parte dessa caminhada, àqueles de longa data e aos que se juntaram a mim nos últimos anos. Obrigada por todo apoio, por estarem junto a mim nessa caminhada. À minha prima, Amandha Carolina da Silva, que compartilhou desses momentos de Serviço Social, de UFSC, de cappuccinos, desde o início, e da vida toda. Desde os momentos de felicidade aos de tristeza, que riu, chorou e se desesperou a cada fase que íamos passando. Não foi fácil, mas persistimos! Nada seria igual, sem você. Obrigada! Amo você!

Agradeço aos professores, que de grão em grão, me ajudaram a construir a profissional que sou hoje, obrigada por compartilhar todo conhecimento e vivência. E principalmente, por mostrarem que nada é fácil, mas há sempre uma forma de tratar as pessoas com o devido respeito que merecem.

Quero agradecer um milhão de vezes a minha orientadora maravilhosa, Keli Regina Dal Prá, que acreditou em mim e que, realmente, me privilegiou ao escolher me orientar. Sem você este trabalho não seria o mesmo. Muito obrigada pelo apoio, pelas reflexões que provocou em mim, pelas risadas e pela força que me deu em todos esses momentos. Sei que já falei isso muitas vezes, mas quero deixar

registrado aqui que nossa caminhada ainda não acabou! Espero revê-la seja na residência, no mestrado e doutorado, na vida acadêmica e profissional! Obrigada por ser esse exemplo de profissional.

Agradecer também ao meu campo de estágio, por esses dois anos de aprendizado. Pelos colegas que conheci e pude compartilhar de tanto conhecimento e bons momentos.

Sou eternamente grata por tudo que passei para chegar até aqui, as coisas boas e ruins me fizeram mais forte, me fizeram ser quem sou hoje. Gratidão. Por ter escolhido essa profissão.

“Nós vos pedimos com insistência: Não digam nunca isso é natural, diante dos acontecimentos de cada dia, numa época em que corre sangue, em que o arbitrário tem força de lei, em que a humanidade se desumaniza, não digam nunca isso é natural, para que nada passe a ser imutável.”

Bertold Brecht

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) discute o tema da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este um modelo de atendimento à saúde em expansão, que vem sendo utilizada sob o respaldo de defesa da convivência familiar, melhora da qualidade de vida e redução dos custos do Estado com internações hospitalares. Neste modelo substitutivo ao cuidado hospitalar, são as famílias dos usuários que passam a realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar. O objetivo geral deste estudo é analisar a implantação do Programa Melhor em Casa no estado de Santa Catarina, a partir de uma perspectiva crítica, percebendo as repercussões do cuidado geradas às famílias. A metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa foi revisão bibliográfica sobre as principais questões teóricas que envolvem o tema: o histórico da atenção domiciliar no Brasil, os conceitos envolvendo a atenção domiciliar e as repercussões desta atenção para as famílias e a caracterização dos municípios que implantaram o Programa em Santa Catarina. Na sequência, analisaram-se as entrevistas semiestruturadas realizadas com os informantes-chaves dos Programas sobre as características da implantação dos serviços de atenção domiciliar. Como principais resultados alcançados, tem-se a expansão do Programa Melhor em Casa em Santa Catarina a partir de 2014 e o aumento das internações domiciliares justificadas pela perspectiva de atendimento humanizado, mas travestida pela necessidade de redução dos gastos do Estado com hospitalizações. Por consequência dessa situação ocorre a responsabilização da família dos usuários que são acompanhados em domicílio para que esta realize os cuidados necessários para manutenção e recuperação da saúde do usuário internado domiciliarmente.

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

ABSTRACT

This final paper discusses the topic of home care in the United Health System (SUS), which is a model in health care expansion, which has been used under the support of family coexistence, quality life improvement and costs reduction to the State with hospital admissions. In this replacement model for hospital care, user's families are the ones who perform health care in the home environment. The general objective of this study is to analyze the implementation of the Better at Home Program in the state of Santa Catarina, from a critical perspective, understanding the care repercussions assigned to families. The methodology used for development of the research was a bibliographical review on the main theoretical questions that surround the theme: The history of home care in Brazil, the concepts involving home care and repercussions of this attention for families and the characterization of the municipalities that implanted the program in Santa Catarina. In sequence, semi-structured interviews carried out with key informants of the eight programs on the characteristics of home care services implementation were analyzed. The main results achieved are the expansion of the Better at Home Program in Santa Carina from 2014 and the increase in home hospitalizations justified by the perspective of humanized care, but transposed by the need to reduce state expenses with hospitalizations. As a consequence, the responsibility of the user's family who are accompanied at home so that it can perform the necessary care to maintain and recover the hospitalized user's health.

Keywords: Sistema Único de Saúde [Health Unic System]; Home care; Melhor em casa [Better at Home] Program; Family Accountability.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	14
2 – ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE NO BRASIL: DOS ASPECTOS HISTÓRICO/CONCEITUAIS À TRAJETÓRIA E REGULAMENTAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA	18
2.1 – Atendimento domiciliar: aspectos históricos e conceituais	18
2.2 – O Programa Melhor em Casa: trajetória e regulamentação	25
3 – ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: O PROGRAMA MELHOR EM CASA EM SANTA CATARINA	33
3.1 – Aspectos gerais dos municípios de Santa Catarina que aderiram ao Programa Melhor em Casa	33
3.2 – Caracterização dos Programas Melhor em Casa em Santa Catarina	45
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BIPAP	Pressão Aérea Positiva por dois Níveis
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CPAP	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
DPOC	Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PC	Paralisia Cerebral
RAAS-AD	Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde - Atenção Domiciliar
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIAB	Saúde da Atenção Básica
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
UBS	Unidades Básica de Saúde
VNAS	Visiting Nurses Association

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Modalidades de cuidado domiciliar à saúde - definições conceituais	23
Quadro 2 - Características da atenção domiciliar.....	29
Quadro 3 - Dados populacionais, IDHMI e PIB per capita dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina.....	39
Quadro 4 - Dados populacionais de idosos, expectativa de vida, saúde básica, mortalidade infantil e estabelecimentos de saúde dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina.....	40
Quadro 5 - Dados relacionados à pobreza dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina.....	42
Quadro 6 - Dados relacionados aos trabalhadores dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina.....	43
Quadro 7 - Qualificação dos trabalhadores dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa.....	44
Quadro 8 - Dados das finanças públicas com educação, saúde e assistência social dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina.....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Porte dos municípios, tipo de equipe e número de usuários atendidos - Programa Melhor em Casa.....	31
Figura 2 - Divisão Localização dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados dos coordenadores do Programa Melhor em Casa em Santa Catarina.....	47
Tabela 2 - Dados composição das equipes do Programa Melhor em Casa em Santa Catarina.....	48
Tabela 3 - Dados relacionados aos Usuários Atendidos pelo Programa Melhor em Casa em Santa Catarina.....	52

1 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Política social e acesso à justiça: um estudo sobre a judicialização das demandas sociais de saúde e assistência social¹”, que tem por objetivo geral analisar as demandas sociais que passam por processos de judicialização, como forma de garantia de direitos, nas políticas de saúde e assistência social. Como recorte do projeto este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo geral analisar a implantação do Programa Melhor em Casa no estado de Santa Catarina, com uma perspectiva crítica, percebendo as repercussões do cuidado geradas às famílias. E como objetivos específicos elencou-se: caracterizar os municípios do estado de Santa Catarina que possuem o Programa Melhor em Casa; caracterizar os Programas Melhor em Casa do estado de Santa Catarina e identificar as particularidades dos Programas Melhor em Casa na relação com os usuários beneficiários.

O tema da atenção domiciliar surge na atualidade como uma forma alternativa de diminuir os custos elevados de assistência e internação hospitalar das instituições públicas e privadas, com o objetivo de oferecer uma alternativa aos tratamentos visando a não internação hospitalar. Dessa forma, o atendimento domiciliar em saúde, chega às famílias como um benefício tanto ao usuário quanto à sua família, pela possibilidade de realizar o tratamento, com acompanhamento médico no seu domicílio, perto dos familiares, num local de aconchego. Porém, percebe-se por esta “humanização do cuidado” uma lógica de redução dos custos e gerenciamento dos leitos hospitalares através da desospitalização.

É importante salientar que isto traz consequências para os usuários e suas famílias, pois observa-se que com esta lógica de desospitalização o Estado se ausenta cada vez mais, responsabilizando as famílias pelos cuidados em saúde de seus familiares, que por vezes é totalmente dependente, sem condições financeiras de se manter e sem o respaldo necessário do Estado para mantê-lo em domicílio.

Assim, ressalta-se o papel do cuidador deste usuário, que por vezes é um familiar assumindo as tarefas de cuidado. Esta responsabilidade surge a partir da

¹ Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – processo nº 443696/2015-2, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob Parecer n. 1.849.609, tendo como docentes responsáveis as Professoras Dra. Keli Regina Dal Prá, Dra. Michelly Laurita Wiese e Dra. Regina Célia Tamaso Miotto.

internação domiciliar do usuário, onde todas as orientações relacionadas ao cuidado são passadas à família, esperando-se que ela dê conta das demandas que surgem com o adoecimento ou o envelhecimento de seu familiar, assim como das mudanças que ocorrem na sua dinâmica em família.

É importante estudar o tema da atenção domiciliar, a forma de organização das famílias para viabilizar o cuidado domiciliar em saúde de alguém que adocece, pois mesmo que historicamente a família sempre tenha sido a responsável pelos cuidados de um familiar adoecido, nessa nova modalidade outras responsabilidades começam a ser assumidas pelas famílias, como os custos em relação ao cuidado. Esses custos estão relacionados à alimentação, medicação, plano de saúde, entre outros. Como muitos desses familiares doentes permanecem sob cuidados domiciliares até a sua morte, se faz necessário entender se a família possui condições para suprir as necessidades do cuidado, que vão além de condições financeiras, mas também estruturais e sociais (ALBIERO, 2003).

Devido à expansão dos programas de atendimento domiciliar e com a atual situação do Estado, se ausentando da responsabilidade na execução das políticas de proteção social, a família é cada vez mais chamada a assumir responsabilidades em cuidados domiciliares em saúde, sem que se leve em conta as condições sociais e econômicas das famílias.

Desta forma, este estudo se faz necessário pela falta de trabalhos realizados que tratem sobre a caracterização do Programa Melhor em Casa no estado de Santa Catarina, sua implantação e particularidades.

Trata-se de um assunto relevante para o Serviço Social, uma vez este é um campo de atuação da profissão, e que assistentes sociais trabalham diretamente com essas famílias inseridas nesta forma de atendimento e com essas demandas geradas a partir disto, na prática profissional em saúde.

A atenção domiciliar é um tema tratado em outras áreas de conhecimento, principalmente na Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, etc, devido o caráter interdisciplinar dos programas, porém na área de Serviço Social não se encontram numerosos estudos relacionados à atenção domiciliar, seja em instituições privadas ou públicas. Os assistentes sociais podem trazer uma discussão referente a não responsabilização da família nas questões de saúde e do cuidado em saúde.

A metodologia utilizada para este trabalho se deu a partir de revisão bibliográfica sobre as principais questões teóricas em relação ao tema, sobre o histórico da atenção domiciliar no Brasil, os conceitos envolvendo a atenção domiciliar e as repercussões desta atenção para as famílias e a caracterização dos municípios que implantaram o Programa em Santa Catarina. Após esta revisão bibliográfica foram analisadas as informações das entrevistas com os responsáveis, nos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa no estado de Santa Catarina, no Apêndice I encontra-se o roteiro das entrevistas. As entrevistas foram realizadas com seis informantes-chaves desses programas, não necessariamente são os coordenadores desses programas, pois há municípios que não existe essa coordenação, ou os profissionais revezam, ou exercem todas as atividades em conjunto.

As entrevistas semiestruturadas com os informantes-chaves foram realizadas no ano de 2017 e o roteiro de entrevista foi composto por questões abertas direcionadas ao assunto da pesquisa, permitindo que os profissionais entrevistados tivessem liberdade para discorrer e discutir sobre o tema.

A aproximação com o tema de estudo surgiu a partir da vivência de estágio não obrigatório e obrigatório em Serviço Social, realizado em um Programa de Atendimento Domiciliar no âmbito privado, na cidade de Florianópolis, no período entre dezembro de 2015 a dezembro de 2017. Com a vivência do estágio foi possível perceber a constante responsabilização da família nos cuidados em saúde domiciliar de seus familiares.

Essa responsabilização é repassada à família desde a saída do paciente do hospital. Pois, para ser recebido em casa é necessário que a família dê todo o suporte físico e material, que antes era fornecido pelo hospital, como cama hospitalar, cadeira de rodas, cadeira de banho, materiais para dieta e aspiração, entre outros, conforme a necessidade de cada paciente. A família fica responsável pelos cuidados e tarefas diárias de seu familiar, de higiene, alimentação, medicação, aspiração, curativos, troca de decúbito, entre outros. Esse cuidado que durante a hospitalização eram realizados pelos profissionais do hospital, ficam ao encargo do cuidador, que este pode ser um familiar ou uma pessoa contratada.

Essa vivência no estágio despertou interesse no assunto, após contato com o projeto de pesquisa já citado, optou-se por abordar neste estudo sobre a expansão

dos programas de atenção domiciliar, do âmbito público nos municípios do estado de Santa Catarina.

Assim, o trabalho está estruturado em duas seções, sendo que na seção I será tratado sobre os aspectos históricos e conceituais da atenção domiciliar em saúde no Brasil e a trajetória e regulamentação do Programa Melhor em Casa. Tratar-se-á da redução de gastos do Estado com hospitalizações a partir das desospitalizações, levando os usuários internados para seus próprios domicílios.

Na seção II será tratado do Programa Melhor em Casa em Santa Catarina, onde apresentam-se os dados da pesquisa de campo sobre o contexto dos programas catarinenses. Iniciando com os aspectos gerais dos municípios, para que se possa ter conhecimento das características dos mesmos e possa-se analisá-los de acordo com suas especificidades. No último subitem, se tratará das organizações destes programas em cada município estudado, através das entrevistas realizadas com os informantes-chaves dos programas. A partir do conjunto de questões postas neste trabalho, apresenta-se, nas considerações finais, um aparato geral e análise crítica da intenção com que o Programa foi implantado e sua expansão, as responsabilizações feitas às famílias, bem como, a participação dos assistentes sociais nesses programas.

SEÇÃO I

2 – ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE NO BRASIL: DOS ASPECTOS HISTÓRICO/CONCEITUAIS À TRAJETÓRIA E REGULAMENTAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Apresenta-se nesta seção um resgate sobre a atenção domiciliar em saúde no Brasil, apontando desde os elementos referentes à história do atendimento domiciliar, seu surgimento como forma de caridade, as primeiras organizações desses atendimentos e como está estabelecida atualmente esta forma de assistência ressaltando suas particularidades. Busca-se também apresentar os diferentes termos e os principais conceitos relacionados à atenção domiciliar, até a trajetória e a regulamentação do Programa Melhor em Casa, perpassando a discussão das primeiras legislações à forma em que está organizado nos dias atuais.

2.1 – Atendimento domiciliar: aspectos históricos e conceituais

O atendimento a pessoas doentes em seus domicílios aparece desde a era Cristã como forma de caridade e solidariedade. Quando surgem os primeiros hospitais, de caráter laico e comunitário, a partir do século XVIII, a assistência domiciliar começa a relacionar-se com o atendimento hospitalar. E, em meados do século XIX surgem às primeiras organizações de assistência a doentes em suas residências, as atividades destas organizações eram referentes a procedimentos de enfermagem (ALBIERO, 2003; MENDES, 2001).

As organizações de assistência domiciliar ou *home care* eram formadas, em sua maioria, pelas associações ou sociedades de enfermeiras visitadoras, fundadas por mulheres que participavam sem receber nada pelo trabalho, constituindo-se em entidades filantrópicas. Sempre ligados a missões sociais, esses programas eram focados, na sua maioria, em saúde pública e prevenção de doenças (ALBIERO, 2003, p.20).

A principal responsável pela transformação na formação de enfermeiras nos Estados Unidos e nas empresas de assistência domiciliar foi Florence Nightingale, devido às mudanças inseridas por ela na Inglaterra, eram realizados procedimentos

simples e orientações às famílias dos usuários. Assim, surgiu no século XIX, a *Visiting Nurses Association* (VNAS), que reúne as empresas de assistência domiciliar (MENDES, 2001; HOME, 2017).

Essas empresas passaram a atuar tanto nos cuidados a doentes de famílias abastadas como nas comunidades pobres. As famílias mais ricas pagavam taxas que, somadas às doações, compunham um fundo para financiar os serviços prestados pelas empresas às camadas pobres da população (MENDES, 2001, p.10).

Esse modelo persistiu durante o início do século XX, aderindo visitas médicas, em caráter emergencial e individual, porém diferentemente das visitas de enfermagem, as visitas médicas eram feitas mediante pagamento dos usuários (ALBIERO, 2003; MENDES, 2001).

Conforme Feuerwerker e Merhy (2008), a noção de atendimento domiciliar como uma extensão do hospital surgiu nos Estados Unidos, no Hospital de Montefiore, Bronx em 1947 com a intenção de agilizar a alta hospitalar. O programa foi criado para ter despesas mínimas que viabilizassem o atendimento, dispondo de modernos hospitais gerais. As coordenações destes serviços eram feitos por enfermeiras que trabalhavam nos hospitais públicos, fazendo a conexão entre os pacientes e os serviços realizados dentro e fora do hospital (ALBIERO, 2003).

Em outros países o interesse por esse tipo de atendimento surgiu com a necessidade de diminuição dos custos e a mudança do perfil da condição de saúde da população (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Conforme Albiero (2003, p.23), a assistência domiciliar nos países da América Latina teve início na década de 1980, com experiências na Argentina “onde os programas são aprovados pelos órgãos reguladores de saúde”. No Brasil, as primeiras experiências do atendimento domiciliar foram também com enfermeiras, no começo do século XX, no Rio de Janeiro com o Serviço de Enfermeiras Visitadoras (CUNHA, 1991, apud, ALBIERO, 2003).

Em 1949, foi criado no Brasil o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), “a primeira forma organizada de assistência domiciliar” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p.181), inicialmente ligada ao Ministério do Trabalho, sendo no Brasil o primeiro atendimento médico hospitalar realizado para a classe operária, através da previdência social. Porém, já era iniciado em 1916 a

assistência domiciliar através da criação de um “serviço de enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro” (HOME, 2017, s/p).

De acordo com Mendes (2001), em 1967 foi criado um sistema de assistência domiciliar no Hospital de Servidores Públicos no Estado de São Paulo, atendendo essencialmente usuários com doenças crônicas. Conforme o autor, antes da implementação da assistência domiciliar já ocorria no hospital o atendimento de fisioterapia domiciliar em pacientes portadores de seqüela de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Após essa implementação de assistência domiciliar, Mendes (2001) afirma que novas iniciativas desses serviços são mais recentes, sendo em empresas, hospitais públicos, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, prefeituras e outras empresas específicas de assistência domiciliar.

Segundo Feuerwerker e Merhy (2008, p.181), a organização de cuidado domiciliar, o *home care*, teve início em 1990, preponderante em “empresas privadas e grandes centros”, hoje os serviços de assistência domiciliar também aparecem no setor privado, como nos “programas da Volkswagen do Brasil, das cooperativas médicas, das seguradoras de saúde e medicinas de grupo, entre outras empresas específicas de assistência domiciliar” (ALBIERO, 2003, p.25).

Atualmente é incentivada a integralidade da rede de serviços de saúde e a abordagem integrada no atendimento domiciliar, buscando uma diminuição de gastos dos hospitais, fazendo com que as instituições de saúde optem por realizar essas práticas assistenciais na residência dos usuários, com um quadro de profissionais como, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. Assim, não são gerados custos adicionais aos hospitais, quando relacionado ao “modelo tradicional de intervenção” (ALBIERO, 2003; FEUERWERKER E MERHY, 2008).

Dessa forma, práticas de desospitalização são frequentes na atualidade para casos de doenças crônicas, entre outros, sendo

defendida a partir de valores como o da convivência familiar e do afeto, bem como de uma presumida melhor qualidade de vida do paciente e, obviamente, da redução de custos relacionados ao leito hospitalar (SIMÃO; MIOTO, 2016, p.157).

Em relação à atenção domiciliar, Feuerwerker e Merhy (2008, p.181) apontam estudos tanto no Brasil como internacionalmente, que justificam sua implementação.

- desospitalização de internações desnecessárias antes geradas pela fragilidade das redes de apoio em situações de vulnerabilidade social;
- processos de 'alta precoce' para ampliar a rotatividade dos leitos hospitalares e evitar complicações advindas de internações prolongadas;
- busca de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, com histórico de reinternações recorrentes; e
- cuidados paliativos em que o alívio da dor e uma boa morte são o objeto do trabalho das equipes.

Ao se tratar do cuidado em saúde no domicílio, evidenciam-se as várias terminologias utilizadas sobre o tema. Segundo Tavolari, Fernandes e Medina (2000, p.16) não existem “definições formais a respeito dos termos assistência, atendimento e internação domiciliar”. Lacerda et al (2006) afirmam que a utilização de vários termos para esses serviços se dá por ser um modelo ainda recente no Brasil. Portanto, faz-se necessário evidenciar as diferenças básicas entre os diversos nomes utilizados, pois são modalidades de cuidado diferentes, e estes constituem os serviços de atendimento domiciliar em saúde.

O termo mais utilizado para o cuidado domiciliar em saúde é o *home care*, em sua tradução literal para a língua portuguesa, a palavra *home* significa lar e *care* significa cuidado, sendo assim, cuidados no lar (MENDES, 2001). Para Hirata (2012), a palavra *care*, quando traduzida possui alguns significados, como cuidado e preocupação com o outro. Inicialmente se tratava de cuidados realizados com as crianças e jovens buscando o desenvolvimento do “capital humano” para que se rompa com as desvantagens, desigualdades herdadas, e se começou a estudar o cuidado com as pessoas idosas devido à longevidade e envelhecimento da população. Mendes (2001) considera *home care* todo serviço de assistência domiciliar à saúde. Leme (2017, s/p), afirma que o “*home care* deve ser compreendido como uma modalidade contínua de serviços na área de saúde” num espaço extra-hospitalar dando continuidade ao tratamento hospitalar.

Os serviços que integram esta modalidade vão desde os cuidados básicos em enfermagem até a internação com suporte respiratório avançado, ou seja, o *home care* compreende todas as formas de atenção à saúde no domicílio (SCHMIDT, 2013, p.18).

A atenção domiciliar é a modalidade com maior dimensão e a mais genérica, pois abrange práticas desenvolvidas no âmbito do domicílio, com promoção a saúde,

tratamento e prevenção de doenças e reabilitações (MS, 2006). De acordo com Rehem e Trad (2005) a atenção domiciliar é a continuidade da assistência hospitalar no domicílio. Para Lacerda et al (2006, p.91), “essa modalidade abrange todas as outras, isto é, o atendimento, a internação e a visita domiciliária, que possibilitam a realização e implementação da atenção domiciliar”.

A discussão acerca da assistência domiciliar se trata de toda e qualquer ação de saúde desenvolvida no âmbito domiciliar, sem distinguir objetivo ou grau de complexidade, são atividades que possuem um caráter ambulatorial, sendo estas programadas e continuadas, com ações que vão desde uma orientação de enfermagem até ao atendimento de um paciente em ventilação mecânica invasiva domiciliar (MS, 2006; REHEM; TRAD, 2005; TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

O atendimento domiciliar para Lacerda et al (2006) é sinônimo dos termos assistência e cuidado domiciliar. Segundo os autores, esses três termos tratam da modalidade de cuidado à saúde no domicílio. Sendo assim, o atendimento domiciliar atinge “todas as ações, sejam elas educativas ou assistenciais, desenvolvidas por profissionais de saúde no domicílio” (LACERDA et al, 2006, p.92). Martins e Lacerda (2008) se referem ao atendimento domiciliar como o fornecimento de assistência a usuários de qualquer idade em seus domicílios buscando a manutenção ou restauração da saúde. Para Tavolari, Fernandes e Medina (2000), o atendimento domiciliar é tratado como ações menos complexas, podendo ser preventivas ou terapêuticas, sendo realizadas por equipes multiprofissionais ou não.

Segundo Tavolari, Fernandes e Medina (2000), a internação domiciliar é um cuidado mais intensivo e realizado multiprofissionalmente no domicílio, sendo comparado pelos autores a um hospital em casa, devido ao acompanhamento e a realização de ações de saúde que necessitam ser realizadas, de acordo com o grau de complexidade alta ou moderadas dos usuários, que por vezes necessitam de uma parte da estrutura hospitalar em seus domicílios. Para Ribeiro (2004 *apud* LACERDA et al, 2006) a modalidade de internação domiciliar se refere a uma atividade continuada para usuários com grau de complexidade maior, que necessitam de maior assistência similar à oferecida num ambiente hospitalar, com a oferta de tecnologia, materiais, medicamentos, equipamentos e recursos humanos.

Para melhor visualização das diferentes modalidades referentes ao cuidado domiciliar em saúde, desenvolveu-se um quadro explicativo com base na revisão da literatura aqui apresentada.

Quadro 1- Modalidades de cuidado domiciliar à saúde – definições conceituais

MODALIDADES	SIGNIFICADOS
HOME CARE	Em tradução literal, significa cuidados no lar. Todo serviço de assistência domiciliar à saúde (MENDES, 2001). Modalidade contínua de serviços de cuidados em saúde, prestados num espaço extra-hospitalar dando continuidade ao tratamento hospitalar (LEME, 2017).
ATENÇÃO DOMICILIAR	Continuidade da assistência hospitalar no domicílio (REHEM; TRAD, 2005). Práticas desenvolvidas no âmbito do domicílio, com promoção a saúde, tratamento e prevenção de doenças e reabilitações (MS, 2006; REHEM; TRAD, 2005; TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000). É a modalidade com maior dimensão e a mais genérica (MS, 2006).
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	Toda e qualquer ação de saúde desenvolvida no âmbito domiciliar, sem distinguir objetivo ou grau de complexidade (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000; REHEM; TRAD, 2005). Conjunto de atividades desenvolvidas no domicílio, programadas ou continuadas com caráter ambulatorial (MS, 2006).
ATENDIMENTO DOMICILIAR	Fornecimento de assistência a usuários de qualquer idade em seus domicílios buscando a manutenção ou restauração da saúde (MARTINS E LACERDA, 2008). Ações menos complexas, podendo ser preventivas ou terapêuticas, sendo realizadas por equipes multiprofissionais ou não (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000). Todas as ações, educativas ou assistenciais, sendo desenvolvidas por profissionais de saúde no domicílio (LACERDA et al, 2006).
INTERNAÇÃO DOMICILIAR	Cuidado mais intensivo, realizado multiprofissionalmente no domicílio, com a realização de ações de saúde que necessitam de uma parte da estrutura hospitalar, de acordo com o grau de complexidade alta ou moderada dos usuários (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000). Atividade continuada para usuários com grau de complexidade maior, que necessitam de maior assistência similar à oferecida num ambiente hospitalar (RIBEIRO, 2004 apud LACERDA et al, 2006).

Fonte: Elaboração da autora.

Portanto, ao se tratar do cuidado domiciliar dentro das características apresentadas no Quadro 1, a família é ressaltada, pois a ela é atribuído o cuidado organizado “no espaço privado, como o lugar do cuidado e para o cuidado acontecer” (ALBIERO, 2003, p.33). Entretanto, as famílias não permanecem as mesmas, assim como as necessidades do cuidado também se alteram. As transformações na estrutura das famílias são constantes, ocorrem de acordo com cada especificidade cultural e econômica de cada sociedade e época (WANDERLEY, et al, 1998).

A família não é uma “instituição natural”, ela é socialmente construída e composta por relações diferenciadas, assim as mudanças que ocorrem atingem diretamente estas relações (SARTI, 1995; TEIXEIRA, 2013). Dessa forma, um fator que também modifica a estrutura da família são as condições de fertilidade, com a criação da pílula anticoncepcional proporcionou à mulher mais chances de escolha, ampliando sua atuação no mercado de trabalho e separando a sexualidade da reprodução. Dessa forma, a composição das famílias foi se alterando, diminuindo a quantidade de integrantes onde passou-se, em 1960 de um percentual de 6,3 filhos por mulher para em 2010 1,86 filhos. Associado a esse processo [diminuição da fecundidade] está o envelhecimento da população, onde temos uma elevada expectativa de vida, ou seja, passou-se em 1940 de uma expectativa de vida que era de 45,5 anos para em 2010 73,48 anos (GELINSKI; MOSER, 2015; SARTI, 2005).

“No âmbito da assistência domiciliar é do ambiente da família que depende a estrutura para que se possam prestar o cuidado e a sustentabilidade para o tratamento, a acolhida e o apoio” (ALBIERO, 2003, p.33). Dependendo do tipo de patologia do familiar doente e de acordo com sua evolução, as necessidades do cuidado vão se alterando. Os familiares doentes passam a necessitar de ajuda para realizar tarefas que antes conseguiam fazer sozinhos, como tomar banho, se alimentar ou medicar. É nessa perspectiva que se encontra o papel do cuidador (CARDOSO; ROSALNI; PEREIRA, 2010).

Nessa perspectiva “um dos requisitos da atenção domiciliar é o apoio ativo de um cuidador que se responsabilize pelo acompanhamento diuturno do usuário sob cuidado” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p.185) para auxiliar nos cuidados que demandam, como troca de fralda, alimentação, medicação, curativos de baixa complexidade, troca de decúbito, entre outros. Esse cuidador pode ser um familiar ou uma pessoa contratada, “sendo o mais comum que este pertença ao núcleo familiar, quer por razões afetivas, quer por dificuldades financeiras em remunerá-lo” (SILVA; STELMAKE, 2012, p.146). Sendo assim, ocorre uma transferência de responsabilidades, onde parte do cuidado é realizado pelo cuidador, ao invés de ser feito pela instituição de saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Albiero (2003, p.40) define dois tipos de cuidadores, os formais e os informais.

O primeiro – cuidador formal – é representado por um profissional com formação na área da saúde; desempenha funções técnicas, bem como presta ajuda ao doente nas atividades de higiene e conforto, alimentação, movimentação, ingestão de medicamento, entre outras. Este profissional pode ser contratado ou ser um membro da família, designado para prestar este serviço.

Já o cuidador informal é aquele

familiar ou contratado, sem formação na área da saúde. Exerce funções como prestar ajuda ao doente nas atividades de higiene e conforto, alimentação, movimentação, ingestão de medicamento, entre outras, recebendo as orientações necessárias para o cuidado acontecer (ALBIERO, 2003, p.41).

A presença de um familiar que adoecer provoca diversas mudanças nas formas de organização das famílias, as responsabilidades ficam diferentes e os efeitos provenientes dessas situações, por muitas vezes, não são esperados. Como consequências que surgem aos familiares que cuidam e que são responsáveis por estes usuários, pode-se indicar a necessidade de fazer revezamentos, os desentendimentos entre familiares, a sobrecarga e o surgimento de doenças (DANIEL, 2011, p.53).

No próximo subitem, trataremos da trajetória e regulamentação do Programa Melhor em Casa, desde as primeiras legislações até a forma em que está organizado nos dias atuais, segundo as principais normativas que o regulamenta.

2.2 – O Programa Melhor em Casa: trajetória e regulamentação

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção domiciliar compreende uma modalidade de atendimento à saúde que substitui ou complementa às que já existem. Dessa forma, ela é substitutiva na modalidade de cuidados prestados em hospitais de média e alta complexidade e complementar quando analisada a partir da articulação entre atenção básica e hospital. Trata-se de um conjunto de ações que levam à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação que são realizadas no domicílio, tendo como garantia a continuidade de cuidados e integração com as Redes de Atenção à Saúde (RAS)² (MS, 2012; MS, 2013).

² As RAS são arranjos organizativos das ações e dos serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que incluídas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MS, 2010).

Em abril de 2002, foi sancionada pelo Ministério da Saúde a Lei nº 10.424 que estabeleceu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o atendimento e internação domiciliar, incluindo os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, dentre outros que se fazem necessários ao cuidado integral de usuários em seu domicílio. Nesta lei, também está incluído que o atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis de medicina preventiva, reabilitadora e terapêutica, só podendo ser realizados por indicação médica e com a concordância do usuário e sua família (MS, 2002).

Conforme o Ministério da Saúde (2013) a atenção domiciliar foi instituída pela Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, sendo substituído pela Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Este último documento permitiu que municípios de menor porte (aqueles que possuem menos de 20.000 habitantes) ou um grupo de municípios que tenham suas populações somadas em igual ou mais de 20.000 habitantes possam implantar o Programa Melhor em Casa em seus territórios. A implantação dos serviços de atenção domiciliar contaria com o apoio do Ministério da Saúde. Em 16 de julho de 2012, a Portaria nº 1.533 alterou e acrescentou alguns dispositivos na Portaria nº 2.527/2011. Este processo foi resultado de negociação e pactuação tripartite, que contou com vários momentos, tendo como base o acúmulo das experiências concretas realizadas no cotidiano do SUS e da política direcionada à internação domiciliar vigente antes desta portaria.

Dessa forma, com a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 foi universalizada a possibilidade dos municípios aderirem ao Programa Melhor em Casa, revogando e substituindo as Portarias nº 2.527/2011 e nº 1.533/2012 (MS, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde (2017) e a Portaria nº 963/2013, os requisitos para a implantação do serviço de atendimento domiciliar são: a) ter uma população municipal igual ou superior a 20.000 habitantes, podendo ser atingida isoladamente por um município ou por um agrupamento de municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR), com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); b) ter cobertura de um serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); e c) possuir um hospital de referência no município ou região a qual integra.

Conforme o Art. 7º da Portaria nº 963/2013, a atenção domiciliar tem como objetivo

a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (MS, 2013b, s/p).

Nessa conjuntura, de acordo com o Ministério da Saúde (2017, s/p), o Programa Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas com dificuldades temporárias ou definitivas de sair dos seus domicílios até uma unidade de saúde, ou que estejam em situações em que a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento.

A atenção domiciliar é organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3). A base de cada modalidade é definida a partir da observação da complexidade e características da demanda de cada usuário, assim como a frequência do atendimento necessário. Dessa forma, descrevem-se os três tipos de atenção domiciliar (MS, 2013b).

A AD1 é destinada aos usuários com dificuldades de locomoção até uma unidade básica de saúde, e que necessitam de cuidados de menor complexidade e que sejam estáveis. Exigem cuidados com menos frequência e menos recursos de saúde, com visitas regulares realizadas pelo menos uma vez por mês. A atenção em saúde é realizada pelas equipes de atenção básica, sendo apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (MS, 2013b). Sendo assim, essa modalidade aplica-se aos usuários que:

- I - possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;
- II - necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e
- III - não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria (MS, 2013b, s/p).

A AD2 destina-se a usuários que não podem se locomover até uma UBS e que necessitam de cuidados mais frequentes, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. A inclusão para cuidados nessa modalidade é baseada na análise da necessidade de saúde de cada usuário. As equipes que realizam essa atenção em saúde podem ser Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (MS, 2013b). Essa modalidade é destinada ao usuário que:

- I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;
- II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;
- III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;
- IV - adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- V - adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;
- VI - adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;
- VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
- VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação;
- IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;
- XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;
- XII - necessidade de cuidados paliativos; e
- XIII - necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido (MS, 2013b, s/p).

A AD3 refere-se a usuários com dificuldades de locomoção até uma UBS e que necessitam de cuidados com maior frequência e recursos, e também que necessitem do uso de equipamentos e procedimentos como, suporte ventilatório não invasivo, Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP), diálise peritoneal ou paracentese. As equipes designadas para a oferta do cuidado são a EMAD e a EMAP. A primeira equipe realizará visitas regulares de no mínimo 1 vez por semana, e a EMAP por critério clínico, quando solicitado pela EMAD (MS, 2013b). O Quadro 2 sintetiza os modelos de atenção domiciliar.

Quadro 2 - Características da atenção domiciliar

Tipo de AD	Características	Tipo de equipe	Visitas
AD1	Usuários com problemas de saúde compensados	Equipes de Saúde da Família e NASF	Visitas regulares no domicílio: mínimo 1 vez/mês
AD2	Usuários com maior necessidade de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo	EMAD podendo contar com EMAP	EMAD: visitas no mínimo, 1 vez/semana EMAP: visitas conforme critério clínico, por solicitação da EMAD
AD3	Usuários com maior necessidade de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos específicos	EMAD podendo contar com EMAP	EMAD: visitas no mínimo, 1 vez/semana EMAP: visitas conforme critério clínico, por solicitação da EMAD

Fonte: Elaboração da autora com base em MS (2013b).

Importante salientar que para um usuário ser elegível à atenção em saúde pela AD2 ou AD3 é necessária a presença de um cuidador identificado no domicílio, sendo que este “cuidador poderá ou não ser um membro da família. O cuidador será uma referência da família para as equipes do Melhor em Casa” (MS, 2017, s/p).

Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) - e as equipes que o compõem - têm o papel de, além de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a fazer a gestão do cuidado dos mesmos e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado (MS, 2013, p.5).

Para o Ministério da Saúde (2017), a atenção domiciliar objetiva proporcionar ao usuário um cuidado mais próximo da rotina da família, com um atendimento humanizado em casa proporcionando à melhora e ampliação da assistência no SUS, evitando assim hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções e contaminações, avanços na gestão do sistema público de saúde com a desocupação de leitos hospitalares e melhor regulação dos serviços de emergência dos hospitais e a economia de até 80% nos custos de um usuário, em comparação ao custo desse mesmo usuário internado em um hospital.

O cuidado na residência poderá ser realizado por diferentes equipes, conforme a necessidade de cada usuário. Os usuários estáveis, que podem ser visitados de forma mais espaçada, terão esse cuidado realizado pela equipe de Saúde da Família, ou de Atenção Básica, de sua referência. Os usuários que

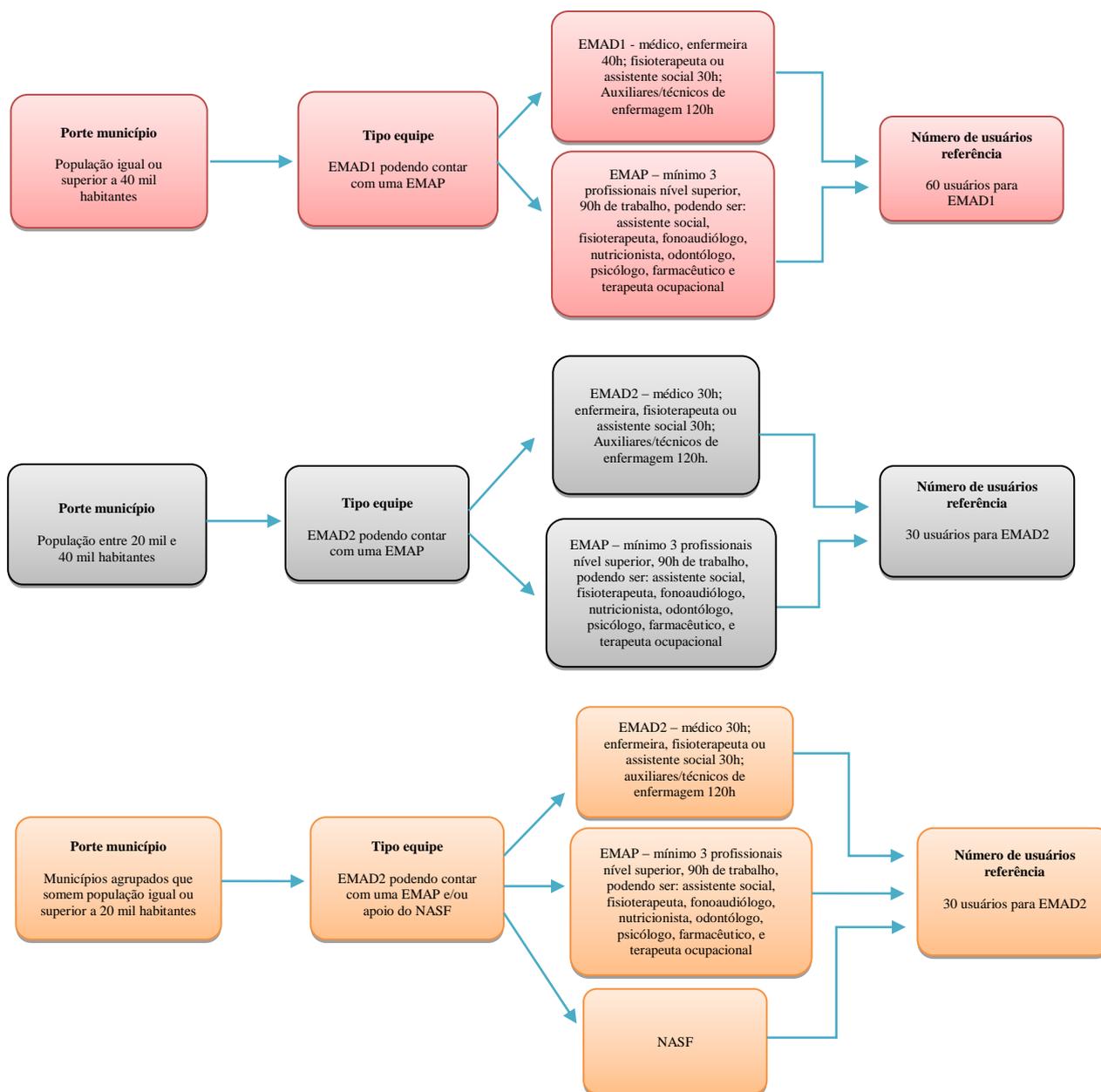
necessitam de visitas semanais ou mais, poderão ser acompanhados por equipes específicas de Atenção Domiciliar, como as equipes do Programa Melhor em Casa (MS, 2017, s/p).

O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico) poderão compor as equipes de apoio. Cada equipe poderá atender, em média, 60 pacientes, simultaneamente (MS, 2017, s/p).

Conforme a Portaria nº 963/2013, as equipes que compõem o serviço de atenção domiciliar são EMAD, que pode ser constituída por EMAD Tipo 1 e EMAD Tipo 2; e, EMAP. Estas devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Para a constituição de um Serviço de Atenção Domiciliar é pré requisito a equipe EMAD, não sendo possível implantar uma EMAP sem a existência de uma EMAD. Cada equipe da atenção domiciliar deve ser referência para uma população de 100 mil habitantes.

Para um município ser elegível ao Programa Melhor em Casa, deverá ter população igual ou superior a 40.000 habitantes, contando com uma EMAD tipo 1 e podendo contar também com uma EMAP. Nos municípios que possuem entre 20.000 e 40.000 habitantes as equipes da Atenção Domiciliar serão compostas por EMAD tipo 2, podendo contar com uma EMAP. Nos municípios que agrupados somem população igual ou superior a 20.000 habitantes, terão EMAD tipo 2, podendo contar com uma EMAP e/ou o apoio do NASF. Ao atingir 150.000 habitantes o município poderá implantar uma segunda EMAD, após 150.000 habitantes, poderá instituir uma nova EMAD a cada 100.000 novos habitantes. E, todos os municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP, sendo possível implantar mais uma a cada três EMAD implantadas. A Portaria nº 963/2013 ainda considera que a quantidade de usuários de referência para o funcionamento da EMAD seja de 60 usuários para EMAD tipo 1 e 30 usuários para EMAD tipo 2 (MS, 2013).

**Figura 1- Porte dos municípios, tipo de equipe e número de usuários atendidos
– Programa Melhor em Casa**



Fonte: Elaboração da autora com base em Brasil (2013b).

Para que tenham equipes do Programa Melhor em Casa, os municípios devem aderir ao mesmo, sendo necessário que o gestor local elabore o Detalhamento de Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar para que seja feita uma análise técnica e então aprovação pelo Ministério da Saúde. Para solicitar

habilitação para o custeio das equipes do Programa Melhor em Casa, os municípios precisarão fornecer informações sobre:

dados demográficos e epidemiológicos do município, objetivos, quantidade de equipes, profissionais, estruturação da rede no município, infraestrutura, educação permanente dos profissionais e suporte aos cuidadores, monitoramento e avaliação (MS, 2017, s/p).

Só receberão os recursos do Ministério da Saúde os gestores municipais e estaduais com equipes habilitadas em portaria, que estejam cadastradas no SCNES e que realizam o envio regular das informações referente aos atendimentos para o Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SIAB) (MS, 2017, s/p).

O repasse do incentivo financeiro está condicionado ao cumprimento dos requisitos constantes na Portaria nº 963/2013, para tanto é realizado monitoramento, avaliação e registro das ações em saúde.

Os procedimentos produzidos pelas equipes (EMAD e EMAP) deverão ser informados no Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde - Atenção Domiciliar (RAAS-AD), ou outro que o substituir, sendo importante e condicionante para acompanhamento, repasse dos recursos e cálculo dos indicadores (MS, 2013, p.10).

Conforme a Portaria nº 963/2013, os recursos financeiros para o custeio das atividades previstas são provenientes do orçamento do Ministério da Saúde e transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais ou estaduais de saúde. De acordo com Ministério da Saúde, são repassados por mês para o custeio das EMAD Tipo 1 o valor de R\$ 50 mil reais, para as EMAD Tipo 2 R\$ 34 mil reais e para as EMAP o valor de R\$ 6 mil reais. Sendo possível ainda o aporte de recursos por gestores locais (MS, 2017).

Sendo assim, após esse aprofundamento sobre a trajetória e regulamentação da atenção domiciliar, sua legislação vigente, iremos na próxima seção abordar os aspectos gerais dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa, até o momento desta pesquisa, e a organização desses programas.

SEÇÃO II

3 – ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: O PROGRAMA MELHOR EM CASA EM SANTA CATARINA

Nesta seção apresentam-se os dados da pesquisa de campo sobre o contexto do Programa Melhor em Casa no estado de Santa Catarina, a partir dos aspectos gerais dos municípios e sobre a organização dos programas. Até o momento, em Santa Catarina, oito municípios aderiram ao Programa sendo: Araranguá, Biguaçu, Blumenau, Chapecó, Capivari de Baixo, Jaraguá do Sul, Joinville e Maravilha.

3.1 – Aspectos gerais dos municípios de Santa Catarina que aderiram ao Programa Melhor em Casa

Atualmente com a redução do papel do Estado e a ausência de políticas públicas, as famílias têm sido cada vez mais requisitadas a assumir responsabilidades pela proteção social de seus familiares adoecidos, sejam idosos e doentes crônicos, devendo dar respostas mesmo sem ter condições para isso. Assim, a redução da intervenção do Estado na área social provoca na família uma sobrecarga que, muitas vezes ela não consegue aguentar (DAL PRÁ; WIESE; MIOTO, 2015).

Neste estudo, dar-se-á visibilidade para a organização dos programas de atenção domiciliar implantados nos municípios de Santa Catarina a fim de identificar esta sobrecarga imposta às famílias beneficiárias a partir da dinâmica de cuidados domiciliares exigidas pelo serviço. Para tanto, delimitou-se como universo do estudo os municípios do Estado de Santa Catarina que aderiram e implantaram o Programa Melhor em Casa. Até o momento da realização da pesquisa, os municípios que implantaram o Programa são: Araranguá, Biguaçu, Blumenau, Chapecó, Capivari de Baixo, Jaraguá do Sul, Joinville e Maravilha, totalizando oito municípios. A distribuição geográfica destas cidades no Estado é ilustrada na Figura 2.

Os municípios localizados na região oeste de Santa Catarina são Maravilha e Chapecó, ao norte encontram-se as cidades de Jaraguá do Sul e Joinville, no vale a

cidade de Blumenau, a leste encontra-se Biguaçu e ao sul os municípios de Araranguá e Capivari de Baixo.

No oeste do estado de Santa Catarina, o município de Maravilha possui uma área de 169,8 km² e teve sua colonização no início do ano de 1951 com três núcleos que são a Companhia Territorial Sul Brasil, duas serrarias que formaram cada uma sua vila, e os colonizadores gaúchos, que formaram o núcleo central. Maravilha virou distrito após a chegada de seu primeiro morador em 1956, desmembrando-se do distrito de Cunha Porã e tornou-se município em junho de 1958 (IBGE, 2017).

Também no oeste, o município de Chapecó possui uma área de 624,93 km². Esta região foi desde o Brasil-Colônia objeto de “questões de domínio de área” (IBGE, 2017, s/p), isto ocorreu devido aos limites entre os Estados de Santa Catarina e Paraná, dificultando o povoamento da área, sendo seu primeiro povoamento ligado à marcha rumo ao sul do Brasil realizada pelos paulistas. Dessa forma, o município de Chapecó foi criado em agosto de 1917, sua criação foi importante, pois definiu esta região como parte pertencente à Santa Catarina (IBGE, 2017). A colonização do município se deu através da iniciativa particular, primeiro demonstrando a abertura para receber ações e empreendimentos das Companhias de Colonização por doações ou vendas de terras, por parte do governo. E assim as Companhias Colonizadoras instalam-se com capital próprio, com alguns incentivos por parte do governo de Santa Catarina devido à necessidade de ocupação da região (IBGE, 2017).

Ao norte do Estado, encontra-se o município de Joinville com uma área de 1120,81 km², fundado em 1851, porém a chegada de imigrantes só foi possível após o príncipe de Joinville ceder, em 1849, oito léguas de área para a Sociedade Colonizadora Hamburguesa. Os primeiros colonizadores chegaram após dois anos, imigrantes da Alemanha, Noruega e Suíça que se juntaram aos portugueses e indígenas que já estavam estabelecidos na região. Foi denominada de Colônia Dona Francisca, como homenagem à princesa Francisca Carolina, filha de Dom Pedro I, estas terras faziam parte do dote de casamento da princesa com o príncipe François Ferdinand Phillippe Louis Marie, de Joinville, uma cidade situada na França (IBGE, 2017).

O município de Jaraguá do Sul, também ao norte, que possui uma área de 532,8 km². A colonização do Domínio Dona Francisca com limite do rio Itapocu

iniciou-se em 1851, nas terras dotais da Princesa Dona Francisca e do Príncipe de Joinville. Em 1870 o Patrimônio Dotal da Princesa Isabel foi instituído como terras devolutas devendo ser demarcadas em Santa Catarina (IBGE, 2017). O responsável por fazer a medição e tombamento de 25 léguas quadradas no Vale Itapocu e Rio Negro foi Emilio Carlos Jourdan, engenheiro e coronel honorário do Exército Brasileiro, assinando contrato em janeiro de 1876. A colonização dos lotes teve o auxílio de 60 trabalhadores incluindo escravos, que passaram a cultivar cana-de-açúcar, assim constituiu-se ali um engenho de cana, olaria, engenho de fubá e mandioca e uma serraria. As terras dotais passam a ser domínio da União a partir da Proclamação da República em 1889, e jurisdição dos Estados no ano de 1893. A colonização pelo Estado, através do Departamento de Terras e Colonização nas terras devolutas é feita a partir de 1891, sendo que na região de Garibaldi e Jaraguá Alto foi feito com imigrantes húngaros, na região do Rio da Luz e Rio Cerro por alemães e neste último também com italianos. Em 1895, Joinville institui Jaraguá como o 2º distrito, nomeando para Intendente, Maximiliano (Max) Schubert e em 22 de agosto é criado o Distrito de Paz, porém em 1896 a região volta a pertencer a Paraty. Após a construção da ferrovia em 1910, Jaraguá se tornou uma vila economicamente ativa e por volta de 1930 formou-se o movimento pró-emancipação, e em 1934 Aristiliano Ramos desmembrou Jaraguá de Joinville, tornando-o então município. Em 1943 o município passa a ser Jaraguá do Sul (IBGE, 2017; PMJS, 2017).

No vale de Santa Catarina encontra-se a cidade de Blumenau, com uma área de 523,19 km². Conforme o IBGE (2017), antes mesmo da fundação da Colônia Blumenau já havia habitantes Kaigangs, Xoklengs e Botocudos na região de Belchior, às margens do ribeirão Garcia e do rio Itajaí-Açu. Uma área de terras foi cedida pelo Governo Provincial em 1850 para que se estabelecesse ali uma colônia agrícola com imigrantes europeus, mas além destes colonos outros imigrantes atravessaram o Oceano Atlântico, aumentando o número de agricultores, cultivadores e povoadores dos lotes que estavam demarcados ao longo dos rios e ribeirões. A colonização de Blumenau ocorreu no início por alemães, italianos e poloneses e por habitantes do Vale do Rio Tijucas. Inicialmente a colônia pertencia ao fundador Dr. Hermann Bruno Otto Blumenau e, em fevereiro de 1880 a colônia foi elevada a município onde, em pouco tempo se tornou um grande centro agrícola e

industrial, influenciando na economia do país. Porém, em outubro de 1880 aconteceu uma grande enchente causando diversos prejuízos à população, destruindo estradas e pontes (IBGE, 2017; PMB, 2017). De acordo com o IBGE (2017), a instalação do município ocorreu somente em janeiro de 1883, quando a Câmara Municipal eleita no ano anterior assumiu o exercício da função, em 1886 o município recebeu o título de comarca e em 1928 tornou-se cidade.

O município de Biguaçu encontra-se no leste de Santa Catarina, possuindo uma área de 325,88km². Teve três correntes que fizeram parte da formação da sua população, sendo os portugueses vindos da Ilha dos Açores, os negros da África e os alemães de Bremen. A principal corrente foi a açoriana com a fundação de São Miguel em 1747, ponto que originou o município (IBGE, 2017; PMB, 2017).

Conforme a Prefeitura Municipal de Biguaçu (PMB), o município surgiu em 1748, com a vinda de imigrantes portugueses do Arquipélago dos Açores e da Ilha da Madeira, estes foram assentados no lugarejo denominado de São Miguel da Terra Firme. Temporariamente a freguesia de São Miguel foi a capital da capitania de Santa Catarina. Em 1833, São Miguel foi elevado à vila devido ao ato do Conselho Administrativo da Província e, no mesmo ano ocorreu a instalação do município de São Miguel (PMB, 2017). No início da metade do século XIX surgiu um povoado, que atualmente se encontra a cidade de Biguaçu, que cresceu devido às terras férteis e ao trabalho dos colonos, assim como a construção de uma igreja e um cemitério. Em 1886, lideranças políticas do município conseguem transferir a sede do município para Biguaçu, sendo elevada à categoria de vila. Porém em 1888, devido decisão do governo da província a sede municipal volta para São Miguel, mas com a resistência dos vereadores essa mudança acontece apenas no final de 1889. A mudança definitiva da sede municipal ocorre em 1894, transferindo de São Miguel para Biguaçu (PMB, 2017; IBGE, 2017).

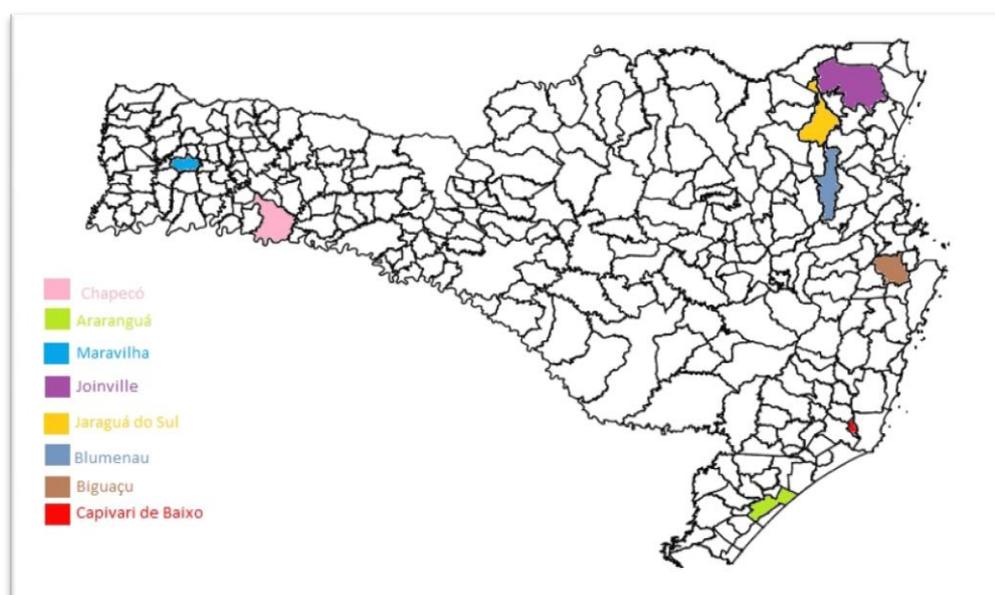
O município de Araranguá encontra-se no sul de Santa Catarina possuindo uma área total de 302,5 km². A origem de sua comuna é anterior a 1835, pois o povoado abrigava alguns refugiados da Guerra dos Farrapos, local chamado de Capão da Espera, onde surgiram as primeiras casas e comércios. A cidade é fundada oficialmente em 1880, sendo desmembrada dos municípios de Laguna e Tubarão. Os primeiros povoadores vieram de Laguna no início do século XIX,

estabelecendo-se nas proximidades do Morro dos Conventos (IBGE, 2017; PMA, 2017).

Também ao sul de Santa Catarina, o município de Capivari de Baixo possui uma área total de 53,49 km². De acordo com o IBGE (2017), Capivari de Baixo começou a ser povoado a partir do século XVIII quando imigrantes da Colônia de Santo Antônio de Laguna se encaminharam para a região, sendo os primeiros imigrantes os açorianos, portugueses e italianos, mas a região já era habitada pelos tupis-guaranis, conhecidos como Carijós. Capivari de Baixo era uma região agrícola até 1941, mas com a criação em 1945 da Companhia Siderúrgica Nacional causou um aumento da população, tornando-se um “canteiro de obras com operários bem pagos” (PMCB, 2017, s/p). Em 1985 criou-se um projeto para que o bairro de Capivari se tornasse um distrito, sendo aprovado em julho de 1986. Em 1991 foi criada a comissão de emancipação do município de Capivari de Baixo, sendo emancipado em março de 1992. A Lei n. 8.556/1992 cria oficialmente o município de Capivari de Baixo, desmembrado da cidade de Tubarão.

Após esta breve indicação das principais características das cidades que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina, ilustra-se suas localizações no mapa do Estado, conforme a Figura 2.

Figura 2: Localização dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina



Fonte: Elaboração da autora com base em IBGE (2017).

O estado de Santa Catarina possui uma área total de 95.733,978 km² e uma população de 6.910.550 habitantes distribuídos em 295 municípios. Dentre a diversidade e quantidade de municípios, somente oito aderiram ao Programa Melhor em Casa.

Observa-se que são municípios com características diferentes principalmente pela localização geográfica. Conforme a Figura 2 tem-se dois municípios que aderiram ao Programa na região oeste, dois na região norte, dois na região sul, um no vale um ao leste. Dentre os municípios, o mais novo é Capivari de Baixo, fundado em 1993 e o mais antigo é o município de Biguaçu, fundado em 1833.

Quadro 3³ – Dados populacionais, IDHM e PIB per capita dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina

Município	População estimativa 2016	População 2010	Qtde Homem 2010	Qtde Mulher 2010	IDHM 2010	PIB Per Capita 2014 (R\$)
Araranguá	66.442	61.310	30.138	31.172	0,760	22.584,02
Biguaçu	65.528	58.206	28.665	29.541	0,739	23.988,71
Blumenau	343.715	309.011	151.542	157.469	0,806	50.200,62
Chapecó	209.553	183.530	90.626	92.904	0,790	38.184,47
Capivari de Baixo	23.982	21.674	10.499	11.175	0,767	30.417,01
Jaraguá do Sul	170.835	143.123	71.801	71.322	0,803	43.688,70
Joinville	569.645	515.288	255.756	259.532	0,809	44.303,65
Maravilha	24.712	22.101	10.907	11.194	0,781	35.940,20

Fonte: Elaboração da autora com base em IBGE (2017).

O Quadro 3 demonstra alguns dados das cidades, dentre eles destaca-se o porte populacional. Os municípios possuem diversos portes, sendo quatro deles de grande porte: Blumenau, Chapecó, Jaraguá do Sul e Joinville, este último é a terceira cidade mais populosa da região sul do Brasil. Dois municípios são de médio porte: Biguaçu e Araranguá, e dois municípios de pequeno porte: Maravilha e Capivari de Baixo.

³ Utilizou-se os dados referente ao ano de 2010 dos municípios para manter uma igualdade na comparação entre os dados coletados. Porém, apresentam-se dados do PIB do ano de 2014, por falta dos dados de 2010.

Considera-se importante salientar as informações referentes à população estimada de 2016, por entender que estamos próximo ao fechamento do decênio. De acordo com os dados, todos os municípios aumentaram a sua população nesse período de seis anos.

Destaca-se também a distribuição da população desses municípios entre homens e mulheres, tendo em vista que majoritariamente quem cuida, ou está na função de cuidador domiciliar em saúde nas famílias são as mulheres (SCHMIDT, 2013). Os dados referentes à divisão populacional entre homens e mulheres auxiliam a verificar se existe um déficit entre a população masculina e feminina para o cuidado. Percebe-se no Quadro 3 que, os municípios possuem em sua totalidade a maioria da população de mulheres, porém sem uma diferença significativa. Esses dados são importantes para que se possa analisar como se comportam os cuidados e as exigências para essas famílias em termos dessa divisão sexual, sendo que são as mulheres as mais acionadas para o cuidado. No entanto, não porque existem mais mulheres na população, mas sim pelo espaço naturalizado do cuidado na sociedade.

Já o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida para os indicadores de educação, saúde e renda, permitindo conhecer o desenvolvimento humano de um determinado território. O IDHM está dividido entre Muito Baixo (0 – 0,499), Baixo (0,500 – 0,599), Médio (0,600 – 0,699), Alto (0,700 – 0,799) e Muito Alto (0,800 – 1) (ATLAS BRASIL, 2017). Entre os municípios que aderiram ao Programa, cinco municípios possuem o IDHM alto, que são Araranguá, Biguaçu, Chapecó, Capivari de Baixo e Maravilha. E três possuem o IDHM muito alto, que são Blumenau, Jaraguá do Sul e Joinville.

Em relação à renda per capita dos municípios, os que possuem a menor renda são os municípios de médio porte como Araranguá e Biguaçu, com respectivamente 22.584,02 e 23.988,71. Os municípios com maior renda são os de grande porte, Blumenau, Jaraguá do Sul e Joinville, com 50.200,62, 43.688,70 e 44.303,65, respectivamente. Os municípios de Maravilha e Capivari de Baixo são de pequeno porte, porém sua renda per capita é acima de 30 mil, os municípios de pequeno porte possuem uma renda maior do que os de médio porte.

Quadro 4 – Dados populacionais de idosos, expectativa de vida, saúde básica, mortalidade infantil e estabelecimentos de saúde dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina

Município	População 65 anos ou mais* 2010	Expectativa Vida (anos)* 2010	Saúde Básica (%)* 2010	Mortalidade Infantil* 2010	Estab. Saúde (SUS)** 2010
Araranguá	4.130	76,2	68,02	12,00	29
Biguaçu	3.286	75,2	83,36	13,30	19
Blumenau	19.510	78,6	85,67	8,60	128
Chapecó	9.912	77,3	90,59	10,60	59
Capivari de Baixo	1.429	77,2	100,00	10,70	18
Jaraguá do Sul	7.375	76,9	49,20	10,20	46
Joinville	29.143	78,3	49,42	9,30	120
Maravilha	1.889	78,2	80,13	9,50	8

Fonte: *Elaboração da autora com base em DATAPEDIA (2017).

**Elaboração da autora com base em IBGE (2017).

No Quadro 4 aponta-se os dados populacionais de idosos, da expectativa de vida, saúde básica, mortalidade infantil e estabelecimentos de saúde dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa. Consideramos importante analisar estes dados, pois reflete diretamente na população usuária, público alvo atendido pelo programa de atendimento domiciliar.

Os municípios com maior número de pessoas com mais de 65 anos são os municípios de grande e médio porte, como vimos no Quadro 3, sendo que Joinville possui população com 29.143, Blumenau com 19.510, Chapecó com 9.912 e Jaraguá do Sul com 7.357. Os municípios de pequeno porte possuem os dados com menor número de população com mais de 65 anos, Araranguá com 4.130 e Capivari de Baixo com 1.429. Com a expectativa de vida crescente, temos uma variação de 2,4 anos entre o município com maior expectativa de vida, Blumenau com 78,6 anos, e o município de Biguaçu com uma expectativa de vida de 75,2.

Destaca-se a questão da atenção básica, pois a tendência quando não se tem uma cobertura efetiva, com ações de prevenção para as doenças crônicas, é que ocorra um aumento das internações. Os dados apontam que os municípios de maior porte são aqueles com baixa cobertura de saúde básica, dentre os municípios analisados, sendo Jaraguá do Sul com 49,20% de cobertura e Joinville com 49,42%. Já sobre os dados de mortalidade infantil destacam-se os índices de Araranguá e Biguaçu.

Em relação aos estabelecimentos de saúde públicos, coletamos estes dados para mostrar a necessidade de todos os municípios possuírem a atenção básica. Demonstra-se os municípios de maior porte com uma quantidade maior de estabelecimentos, devido sua área territorial maior, Blumenau com 128 estabelecimentos de saúde, Chapecó com 59, Jaraguá do Sul tem 46 e Joinville possui 120 estabelecimentos.

Quadro 5 – Dados relacionados à pobreza dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina

Município	População Vulnerável à Pobreza (%) 2010	População Vulnerável a Pobreza 2010	Extrema Pobreza (%) 2010	População Abaixo da Linha Extrema Pobreza 2010	Mães Chefes de Família (%) 2010
Araranguá	12,99	7.897 hab	0,79	480 hab	17,48
Biguaçu	11,57	6.712 hab	0,50	290 hab	16,04
Blumenau	4,41	13.512 hab	0,12	368 hab	14,12
Chapecó	10,35	18.807 hab	0,65	1.181 hab	15,22
Capivari de Baixo	12,09	2.614 hab	0,79	171 hab	14,59
Jaraguá do Sul	4,12	5.858 hab	0,25	355 hab	9,98
Joinville	7,98	40.890 hab	0,29	1.486 hab	9,83
Maravilha	10,80	2.365 hab	0,39	85 hab	14,79

Fonte: Elaboração da autora com base em DATAPEDIA (2017).

No Quadro 5 apresenta-se os dados referentes à pobreza dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa. Sendo assim, destacam-se os municípios de maior porte e que possuem indústrias, com um índice de vulnerabilidade menor em comparação aos demais municípios: Blumenau com 4,41% e Jaraguá do Sul com 4,12%. Como também Capivari de Baixo, que possui uma maior cobertura de atenção básica (100%), mas tem um dos maiores índices de vulnerabilidade. No caso do município de Biguaçu, possui uma menor expectativa de vida (75,2) e um dos índices de mães chefes de família e vulnerabilidade maiores, com 11,57% e 16,04% respectivamente.

O percentual de vulnerabilidade à pobreza seria a renda per capita igual ou inferior a R\$255,00. Estar abaixo da linha da pobreza é possuir renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$70,00 mensais (DATAPEDIA, 2017). Os municípios de

maior porte possuem maior número absoluto de pessoas em vulnerabilidade à pobreza, porém na análise proporcional os índices mais elevados são respectivamente Araranguá, Capivari de Baixo e Biguaçu.

Referente às mães chefes de família, é um dado importante de ser analisado, pois impacta diretamente nos cuidados domiciliares em saúde, tendo em vista que a função de cuidador domiciliar é ocupada nas famílias por mulheres (SCHMIDT, 2013). Visto isso, o município de Araranguá, que possui o maior índice de mães chefes de família sendo 17,48%, que condições objetivas essas mulheres possuem de chefiar suas famílias e cuidar de seus familiares adoecidos, sem que haja também o seu adoecimento. Tendo também um alto índice de vulnerabilidade à pobreza, 12,99%.

Importante observar os dados de Blumenau, onde há um alto índice de mulheres chefiando suas famílias, mas em relação aos dados de vulnerabilidade à pobreza possui o segundo menor índice, com 4,41. Sendo também o município com maior índice de população com 65 anos ou mais, conforme apresentado anteriormente no quadro 4.

Destaca-se também o município de Jaraguá do Sul com os menores índices, entre os municípios estudados, de vulnerabilidade à pobreza e de mães chefes de família, com 4,12% e 9,98% respectivamente. Assim como também é o município com menor expectativa de vida, entre os municípios estudados, com 75,2 anos.

Quadro 6 – Dados relacionados aos trabalhadores dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina

Município	Ocupação Informal (%) 2010	Trabalhadores Autônomos (%) 2010	Empregados sem Carteira Assinada (%) 2010
Araranguá	29,56	23,32	15,64
Biguaçu	26,09	18,93	13,04
Blumenau	18,18	18,00	6,18
Chapecó	21,84	17,87	9,06
Capivari de Baixo	27,00	15,48	11,55
Jaraguá do Sul	17,52	14,51	6,50
Joinville	19,41	16,29	9,03
Maravilha	28,30	25,87	9,93

Fonte: Elaboração da autora com base em DATAPEDIA (2017).

No Quadro 6, destaca-se os dados relacionados aos trabalhadores dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa. Esses dados trazem uma condição de instabilidade para as famílias, para o cuidado e a pessoa que adoecer. Chama atenção os dados de Araranguá e Biguaçu com o maior índice de empregados sem carteira assinada e Maravilha, Araranguá e Biguaçu com os maiores índices de trabalhadores autônomos.

Referente à ocupação informal da população dos municípios estudados, Araranguá, Maravilha, Capivari de Baixo e Biguaçu possuem o maior índice de trabalhadores informais com 29,56%, 28,30%, 27% e 26,09 respectivamente.

Quadro 7 – Qualificação dos trabalhadores dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina

Município	Ocupados com Ensino Fundamental Completo (%) 2010	Ocupados com Ensino Médio Completo (%) 2010	Ocupados com Ensino Superior Completo (%) 2010
Araranguá	63,11	44,62	10,83
Biguaçu	64,70	41,98	8,08
Blumenau	72,63	49,58	16,59
Chapecó	70,49	49,22	14,94
Capivari de Baixo	72,07	48,55	9,98
Jaraguá do Sul	75,45	53,96	15,86
Joinville	79,11	59,39	17,88
Maravilha	65,60	45,16	13,27

Fonte: Elaboração da autora com base em DATAPEDIA (2017).

No Quadro 7 apresenta-se a qualificação dos trabalhadores dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa, ou seja dados da população ocupada que possuem ensino fundamental completo, ensino médio completo e ensino superior completo. Pode-se observar que, massivamente, é uma população com ensino fundamental completo, e conforme o aumento dos níveis de estudo há uma diminuição do percentual.

Quadro 8 – Dados das finanças públicas com educação, saúde e assistência social dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa em Santa Catarina

Municípios	Educação (%) 2015	Educação (R\$) 2015	Saúde (%) 2015	Saúde (R\$) 2015	Assistência Social (%) 2015	Assistência Social (R\$) 2015
Araranguá	27,00	29.778.400,00	21,93	24.188.000,00	3,75	4.131.130,00
Biguaçu	25,96	33.579.100,00	30,39	39.311.100,00	3,58	4.633.160,00
Blumenau	23,11	255.195.000,00	26,83	296.323.000,00	2,09	23.083.000,00
Chapecó	21,52	123.184.000,00	37,78	216.257.000,00	3,24	18.554.600,00
Capivari de Baixo	31,60	19.502.200,00	24,45	15.086.900,00	3,80	2.343.750,00
Jaraguá do Sul	23,74	131.319.000,00	25,38	140.384.000,00	6,57	36.355.200,00
Joinville	24,77	386.290.000,00	36,27	565.559.000,00	2,04	31.786.800,00
Maravilha	26,54	16.514.300,00	26,41	16.436.600,00	5,22	3.251.300,00

Fonte: Elaboração da autora com base em DATAPEDIA (2017).

No Quadro 8 tem-se os dados referente as finanças públicas com educação, saúde e assistência social dos municípios. É importante analisar estes dados para obter um panorama da organização das políticas sociais desses municípios.

Em geral, os municípios utilizam maior parcela dos seus orçamentos com saúde, com exceção de Araranguá (27%), Capivari de Baixo (31,60%) e Maravilha (26,54%) que gastam mais com educação, apesar desses municípios possuírem maior cobertura de saúde básica, conforme Quadro 4.

Entre os municípios estudados todos gastam mais do que o piso mínimo em saúde, que seria de 15% e quatro desses municípios, sendo estes todos de grande porte, Blumenau, Chapecó, Jaraguá do Sul e Joinville, não cumprem com o piso mínimo da educação, de 25%.

Em relação à assistência social, percebe-se que por não haver um piso mínimo de orçamento, possui uma porcentagem pequena, tendo em vista os gastos com saúde e educação. Destacam-se os municípios de grande porte com a menor porcentagem em gastos com assistência social, com exceção de Jaraguá do Sul, com um orçamento maior entre os municípios pesquisados, com 6,57% sendo R\$ 36.355.200,00, enquanto Joinville que também é um município de grande porte apresenta a menor porcentagem de orçamento com 2,04% sendo R\$ 31.786,800,00. Percebe-se pelos valores demonstrados neste quadro que o valor gasto com assistência social nos municípios, em reais, se aproxima bastante, porém quando

analisados a partir da porcentagem, percebemos uma grande diferença entre eles, indo de 2,04% do município de Joinville à 6,57% de Jaraguá do Sul.

Os valores orçamentários apresentados aqui, em saúde, educação e assistência social, serão afetados, nos próximos anos, pela Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016, que possui o objetivo de limitar os gastos públicos, ou seja, estabelecer um limite no crescimento das despesas do governo federal. Dessa forma, em 20 anos os gastos não poderão aumentar além da inflação calculada nos últimos doze meses. Esses valores passaram a valer a partir do ano de 2017, mas para as despesas com saúde e educação, passam a valer a partir de 2018 devido à regra anterior, onde os gastos eram calculados com base na receita federal. Com a Emenda Constitucional, o gasto mínimo para educação seria de 18% e saúde em 15%, e as correções realizadas a partir da inflação do ano anterior (PORTAL PLANALTO, 2017).

3.2 – Caracterização dos Programas Melhor em Casa em Santa Catarina

Apresentou-se até o momento um panorama geral em relação aos municípios que aderiram e implantaram o Programa Melhor em Casa. Aqui, inicia-se a apresentação dos dados das entrevistas realizadas com os profissionais, informantes-chaves, dos programas de atenção domiciliar implantados nos municípios de Santa Catarina. Até o momento da análise dos dados, foram realizadas as entrevistas com os municípios de Biguaçu, Blumenau, Chapecó, Jaraguá do Sul, Joinville e Maravilha, totalizando seis municípios. Assim, a Tabela 1 apresenta as informações dos coordenadores do Programa.

Tabela 1 – Dados dos coordenadores do Programa Melhor em Casa em Santa Catarina

Municípios	Coordenadores	Tempo de Cargo
Araranguá	----	----
Biguaçu	Enfermeira	2 ano e 6 meses
Blumenau	Enfermeira	5 anos
Chapecó	Enfermeira	-
Capivari de Baixo	----	----
Jaraguá do Sul	Enfermeiro	2 anos e 9 meses
Joinville	Assistente social	1 ano e 9 meses
Maravilha	Médico da assistência	1 ano e 3 meses

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados nas entrevistas (2017).

Na Tabela 1, apresenta-se os dados dos coordenadores do Programa Melhor em Casa em Santa Catarina, importante salientar que entre os profissionais entrevistados, apenas os municípios de Chapecó, Biguaçu e Blumenau possuem esses profissionais atuando na função de coordenador. Nos outros municípios estudados, os profissionais não ocupam o cargo, porém todos contribuem com as funções.

Destaca-se também a predominância de enfermeiros ocupando funções de coordenação dos programas, dos seis municípios estudados até o momento, quatro são enfermeiros. O tempo de exercício na função de coordenador ou profissional do programa também é um dado a ser observado, variando entre um ano a cinco anos.

Tabela 2 – Dados da composição das equipes do Programa Melhor em Casa em Santa Catarina

Municípios	Ano de Adesão ao Programa	Caracterização das Equipes	Profissionais Equipes	Vínculo de Trabalho
Araranguá	----	----	----	----
Biguaçu	2014	1 EMAD	1 médico, 1 enfermeiro, 3 técnicos de enfermagem, 1 fisioterapeuta e 1 motorista.	Contratados OS
Blumenau	2014	3 EMAD E 1 EMAP	EMAD: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem EMAP: 2 assistentes sociais, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo.	Concursados
Chapecó	2014	2 EMADS E 1 EMAP	EMAD: enfermeiro, médico, fisioterapeuta e auxiliar de enfermagem. EMAP: nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e psicóloga.	Concursados
Capivari de Baixo	----	----	----	----
Jaraguá do Sul	2014	1 EMAD	Médico, 3 técnicos de enfermagem, 2 fisioterapeutas e 1 enfermeiro.	Concursados
Joinville	2015	1 EMAD E 1 EMAP	Médico, enfermeira, 4 técnicos de enfermagem, 2 fisioterapeutas. EMAP: Assistente social, psicólogo, nutricionista e dois auxiliares.	Concursados
Maravilha	2014	1 EMAD	Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.	Concursados

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados nas entrevistas (2017).

Na Tabela 2, apresenta-se os dados referentes ao ano de adesão do programa, a caracterização das equipes, os profissionais que compõem essas equipes e o seu vínculo de trabalho. Pode-se perceber uma proximidade entre os municípios de Blumenau, Biguaçu, Chapecó, Jaraguá do Sul e Maravilha que aderiram ao programa no ano de 2014, já o município de Joinville aderiu em 2015.

Foi o primeiro ou o segundo município que foi autorizado, que já estava com o projeto pronto e tal (JASMIN, 2017).

No município de Joinville as discussões sobre a implantação do programa se iniciaram após um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) feito pelo Ministério Público.

Na verdade esse programa só existe porque o Ministério Público pressionou para que colocasse em prática o programa. Se não fosse pelo Ministério Público hoje nós não estaríamos mais funcionando no município de Joinville (ORQUÍDEA, 2017).

Neste município, os profissionais então iniciaram o programa desde seu início, construindo os protocolos, formulários, formas de funcionamento, etc.

Quando a gente iniciou o programa [...] chamaram para conversar, mostraram a questão do programa, perguntaram se eu tinha interesse realmente, porque eu teria que ajudar a construir todo ele (ORQUÍDEA, 2017).

O município de Jaraguá do Sul aderiu ao programa bem no início do ano de 2014, sendo:

Foi bem no começo, cerca de dois meses a gente já começou a mexer com os profissionais e realizar os atendimentos, mesmo que dentro do município não tivesse uma lei específica (GIRASSOL, 2017).

Conforme indicado na seção I, as EMADS e EMAPS são as equipes referência do Programa Melhor em Casa. As EMADS são divididas em Tipo 1 e Tipo 2, sendo que para o município ter a EMAD1 é necessário ter população igual ou superior a 40 mil habitantes e para ter EMAD2 é necessário uma população entre 20 mil e 40 mil habitantes ou os municípios agrupados que somem população igual ou superior a 20 mil habitantes. Essas duas equipes podem ser compostas por médico, enfermeira, fisioterapeuta ou assistente social, auxiliares/técnicos de enfermagem. Todos os municípios podem implantar uma EMAP, se possuírem uma EMAD, sendo possível implantar mais uma a cada três EMAD implantadas. A composição dessa equipe deve conter três profissionais com nível superior, podendo estes ser entre assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Dessa forma, ao analisar os dados da pesquisa, verifica-se que quatro dos seis municípios possuem uma equipe EMAD, dentre estes apenas Joinville possui

também uma equipe EMAP. O município de Blumenau possui três EMAD e uma EMAP e Chapecó possui duas EMAD e uma EMAP.

Porém, em alguns municípios, o início do programa continha um formato de equipe e profissionais diferente. Como o município de Jaraguá do Sul.

No começo foi habilitado uma equipe de Emad e Emap, em 2014, então a gente teve uma nomeação desses servidores que iriam participar dessas equipes e em 2015, um ano depois, teve um processo seletivo para oficializar quem seriam esses profissionais. Então a equipe do Emap não completou, não teve servidores interessados em trabalhar na Emap [...] então essa equipe foi excluída (GIRASSOL, 2017).

De acordo com as determinações o programa do município de Jaraguá do Sul já teria como habilitar uma nova equipe, mas a gestão não tem interesse em habilitar a segunda equipe (GIRASSOL, 2017).

[...] e a gente atende o município inteiro. É o grande desafio, a questão logística para fazer esses atendimentos no município. Então a gente tem uma área muito extensa, área rural, às vezes a gente demora para chegar na casa do paciente 45 minutos. [...] mas a gente consegue atender o município todo (GIRASSOL, 2017).

No município de Joinville, também pode-se ver esse fluxo de diminuição das equipes. Após o TAC, o município começou a chamar os profissionais do concurso para trabalhar no SAD.

A gente tinha cinquenta profissionais aqui trabalhando, porque o objetivo era ter cinco equipes de EMAD e duas equipes de EMAP para atender o município de Joinville inteiro (ORQUÍDEA, 2017).

Porém, o município precisou de um tempo para realizar todo o processo de chamar os profissionais, montar o programa, ver o fluxo de trabalho, o trabalho com os hospitais. Mas, não se encaminhou da forma que foi pensado então diminuíram as equipes, restando duas equipes, uma EMAD e uma EMAP (ORQUÍDEA, 2017).

Reduziram mais ainda, só não acabaram com o SAD por causa desse TAC do Ministério Público, porque eles dizem que o nosso programa só dá prejuízo. É essa a fala da nossa gestão atual, que o nosso programa dá prejuízo, como se a prefeitura tivesse que dar lucro. E a gente enfrentou muita dificuldade nesse período [...] (ORQUÍDEA, 2017).

Em Biguaçu, o processo de retirada de equipes também aconteceu. O município contava com uma EMAD e uma EMAP, perdendo a equipe da EMAP no ano passado (2016).

Nós tínhamos uma fonoaudióloga, uma assistente social e uma psicóloga para a EMAP. Mas com essa situação brasileira, porque não é nem uma questão do município mesmo, é do Brasil, nós não conseguimos manter essa equipe de apoio. Então quando a gente precisa de algum desses profissionais a gente conta com o NASF, então eles prestam apoio para o Melhor em Casa (MARGARIDA, 2017).

Os municípios de Chapecó, Maravilha e Blumenau possuem o mesmo formato de equipe de quando iniciou o programa, de acordo com os informantes-chaves. Porém, percebem no seu dia-a-dia a necessidade de mais profissionais em determinadas áreas, devido à demanda dos usuários que chegam ao programa.

Nós temos também um apoio, nós temos o apoio da fisioterapeuta. Então a gente faz a visita na casa e dependendo da situação a gente solicita a fisioterapia. A maioria dos pacientes que nós atendemos, a grande maioria, são pessoas que... ou acamados, com sequela de AVC, e que todos eles necessitam de fisioterapia. E aí que tem nosso problema um pouquinho maior, que na verdade nós temos uma fisioterapeuta só (TULIPA, 2017).

Em relação aos profissionais que compõem as equipes, dentre as possibilidades apresentadas neste estudo, salienta-se que em quatro dos seis municípios entrevistados possuem em suas equipes EMAD médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta, com exceção de Blumenau e Maravilha que não possuem fisioterapeutas no programa. Nos municípios que possuem EMAP, observa-se que Blumenau e Joinville possuem assistentes sociais atuando nos programas, mas que em Chapecó não tem, assim como nos outros municípios que não possuem EMAP, também não há assistentes sociais em suas equipes.

Tabela 3 – Dados relacionados aos usuários atendidos pelo Programa Melhor em Casa em Santa Catarina

Municípios	Qtd usuários total	Qtd usuários por equipe	Diagnósticos	Critérios de Inclusão	Critérios de Alta
Araranguá	----	----	----	----	----
Biguaçu	60	60	AVC, câncer, Guillian-Barré, PC, DPOC, Alzheimer, hipertensão e diabetes.	Pós-operatório imediato, cuidados paliativos.	Não identificado
Blumenau	40/45	40/45	AVC, traumas, acidentes, doenças neurológicas.	Pacientes acamados, desospitalização, problemas respiratórios, pós-operatório.	Quando tem a recuperação do paciente.
Chapecó	50	-	AVC, AVE e trauma, TCE, fratura de fêmur.	Dificuldade de se locomover e alta hospitalar recente, em estado agudo da doença.	Quando tem a recuperação do paciente.
Capivari de Baixo	----	----	----	----	----
Jaraguá do Sul	57	57	Não identificado	Dificuldade de se locomover, estado clínico estável com descompensação do quadro.	Melhora do paciente, necessidade de internação hospitalar ou óbito.
Joinville	16	16	Alzheimer, câncer, sequelas de AVC, acidentes.	Não identificado	Quando tem a recuperação do paciente.
Maravilha	20/mês	20	Acidente Cerebral. Vascular	Pacientes acamados, dificuldade de se locomover, com uso de sonda gástrica, traqueostomia, oxigênio.	Quando tem a recuperação do paciente.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados coletados nas entrevistas (2017).

Na Tabela 3, apresentam-se os dados referentes aos usuários beneficiários do Programa Melhor em Casa, dados referentes à quantidade de usuários inseridos nos programas, quantidade referência por equipe, principais diagnósticos atendidos e os critérios para inclusão e alta. Observa-se uma disparidade entre os dados de usuários atendidos pelos programas. O município de Joinville atendendo 16 usuários ao passo que o município de Biguaçu atende 60 usuários.

Só o que o que acontece, parece que são poucas famílias. Só que se a gente for pensar no contingente de saúde é pouco. Só que nós

estamos falando do município de Joinville [...] um município com uma área territorial muito grande, então nós temos pacientes lá em Pirabeiraba e aqui no Itinga, que são dois extremos da cidade (ORQUÍDEA, 2017).

Além da territorialidade, Orquídea (2017) relata que determinados usuários são atendidos três vezes na semana e outros todos os dias, tendo duas equipes, uma EMAD e uma EMAP, dividindo apenas três carros.

Como tem a equipe da manhã e a equipe da tarde, se divide os pacientes. A maioria dos nossos pacientes são todo dia, então vou deixando, na segunda-feira um paciente fica, terça passa para de tarde e assim vai [...] nossos pacientes são muito estressantes, um que demora uma hora e meia, uma hora e quarenta para fazer os curativos (ORQUÍDEA, 2017).

No município de Biguaçu, mesmo contando com o atendimento de apenas uma equipe EMAD, atende em média 60 usuários, dependendo do mês. Porém, esses usuários são graves, instáveis, não podendo ser crônicos, pois o Programa fornece esse cuidado mais imediato.

A gente meio que estabiliza esse paciente para ele ir para a Unidade Básica. Então seria o cuidado mais imediato dele, então é essa dificuldade que nós temos com as equipes, é de fazer que eles entendam, por mais que aquele paciente crônico precise de atendimento domiciliar, que ele precise de troca de sonda, ele não é um paciente do Melhor em Casa, porque tu imagina no município, com 65 mil habitantes [...] Se a gente for assumir essa demanda, não vai dar conta (MARGARIDA, 2017).

Com relação aos diagnósticos desses usuários, percebe-se que nos municípios pesquisados há uma igualdade nos casos. São doenças neurológicas em maior parte, acidente vascular cerebral (AVC), acidente vascular encefálico (AVE), traumatismo cranioencefálico (TCE), paralisia cerebral (PC), doenças pulmonares como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças em estado paliativo como câncer, doenças crônicas, acidentes, fraturas, traumas. Doenças agudas com possibilidade de melhora do quadro clínico, gerando então a alta do usuário do Programa.

Muito AVC, muito. Acho que é o número um do nosso programa. O câncer também, eu digo que está na água porque não é possível. Aí nós temos... nós temos um paciente com Guillian-Barré que é uma doença bem rara, né? [...] Nós temos um paciente com paralisia

cerebral, nós temos um paciente que sofreu um acidente [...] um paciente com DPOC, Alzheimer, hipertensão e diabetes já é tudo que vem com alguma coisa (MARGARIDA, 2017).

O que mais aparece é AVC, AVE e trauma. Trauma, TCE e bastante fratura de fêmur em idoso (VIOLETA, 2017).

A maioria dos nossos pacientes é sequela de AVC em fase adulta. Tem mais idoso. Daí tem Alzheimer, câncer (ORQUÍDEA, 2017).

AVC, a maioria dos pacientes são neurológicos, idade adulto ou idade mais jovem são os traumas, acidentes. Cardíacos são poucos, pulmonares também. São mais os neurológicos (JASMIN, 2017).

Assim como os diagnósticos, os critérios de inclusão e alta dos Programas pesquisados também são iguais. Os critérios para inclusão no Programa Melhor em Casa são usuários acamados, com dificuldade de locomoção até uma Unidade de Saúde, alta hospitalar recente ou necessidade de desospitalização, pós-operatórios, fraturas, cuidados paliativos. São pacientes que necessitam desse cuidado especializado, mas que possuem possibilidade de recuperação para que assim recebam alta do programa.

Geralmente pacientes acamados, pacientes que tem dificuldade de se locomover até a unidade de saúde, paciente com sonda gástrica, traqueo, oxigênio. Que às vezes tem as visitas do ESF também que o médico uma vez por semana faz a visita domiciliar e aí ele pode repassar o paciente, transferir o paciente para os cuidados do programa Melhor em Casa. Mas basicamente isso aí, o paciente acamado, o paciente que está com gastrostomia, ou jenuno[stomia], ou que está com sonda nasoentérica... então a maioria desses nós estamos atendendo (TULIPA, 2017).

Esse muda muito desde que começou, a primeira portaria, 26/27 dizia pacientes acamados, agora não existe mais, as novas portarias... a última que saiu desse ano, o que ela preconiza a desospitalização, que tem que desospitalizar e estabilidade do paciente. E outras coisas que a gente sabe que tem que ter, por exemplo, problema respiratório, um pós operatório complicado, o paciente precisa de um controle, por exemplo o paciente cardíaco a gente olha para ver se o paciente está bem, mas ele precisa de um controle dos sinais vitais, os pacientes com problemas neurológicos, é tudo conforme a gravidade dele. Se for ver à risca nós temos que atender a quase todos os pacientes. A portaria diz que é para atender tudo, se a gente for ver à risca a gente tem que atender a quase todos os pacientes. Agora graças a Deus que tem esse desestabilizado, né? E os bem complicados dentro do hospital. E nós no meio (JASMIN, 2017).

Pós-operatório imediato, cuidados paliativos se o paciente está em algum estágio terminal... então esse cuidado paliativo, porque que é uma coisa tão subjetiva, porque ele pode ficar nesse cuidado paliativo por três anos, né? Então por isso que a gente avalia, então a gente usa sempre essa contra referência, eu faço sempre uma visita para esse paciente, eu faço uma visita para esse paciente, a primeira visita, ele não está incluso, ele vai ser só avaliado pelo programa (MARGARIDA, 2017).

Os critérios para admissão dos usuários dos municípios que aderiram e implantaram o Programa Melhor em Casa seguem um padrão, este orientado pelas portarias regentes. Dessa forma, os critérios para alta dos usuários nos programas dos municípios pesquisados seriam a recuperação e melhora do quadro, para que então sejam realizados os encaminhamentos para as unidades.

Por exemplo, o paciente chegou para a gente com diabetes descompensada, com pressão arterial desregulada, a médica tenta estabilizar esse paciente nesses aspectos, a gente tenta melhorar aquela lesão, a gente tenta fazer o melhor por ele nesses quatro ou cinco meses... tem paciente que a gente manda de alta para a unidade básica sem fechar um lesão porque às vezes demora dois anos, três anos para a gente conseguir fechar uma lesão, com os produtos que a gente tem (MARGARIDA, 2017).

A maioria é melhora. Então existe três formas de o paciente sair. Uma é a questão da melhora, a outra, se o paciente teve uma piora e precisa ser internado no hospital, ou o óbito. [...] Então a maioria dos nossos pacientes acabam estabilizando o quadro, ou apresentando uma melhora. [...] Ah, esse paciente é uma sequela de AVC de dez anos, agora ele está apresentando uma pneumonia. Nosso objetivo não é tirar ele da cama depois de dez anos, é cuidar da pneumonia. [...] Tem a alta a pedido, às vezes a família não aceita o profissional a dentro, porque às vezes a gente incomoda, né? A higiene está ruim, a forma de controle dietético não está boa, e às vezes não querem, não querem (GIRASSOL, 2017).

Melhora clínica, a questão assim que ele já foi encaminhado para outro serviço. Vou explicar uma situação de um paciente nosso, ele foi uma desospitalização, foi uma parada, e aí a gente fez todo trabalho com esse paciente, de treinamento do cuidador, todos os encaminhamentos para a rede. Então hoje ele está na RCD. A partir do momento que esse paciente tá encaminhado, que ele já tem esse atendimento nos outros serviços, o cuidador está apto, ele sai do nosso programa, ou por óbito, ou por alta administrativa, que esse paciente não segue as nossas orientações, como já teve alguns casos... a gente está atendendo a família, a família não segue as orientações, faz tudo ao contrário. Chega lá a gente explica que tem que trocar a fralda de cinco a seis vezes por semana, eles nunca trocam a fralda... a gente chega lá o paciente está todo mijado, está com coco, e nós não estamos lá para isso, estamos lá para atender o paciente nas questões clínicas, troca de curativo, medicação, entre

outros. E aí muitas vezes o cuidador acha que o nosso papel é ir lá e trocar fralda e a gente sabe que não é isso. A gente faz reunião com a família, faz atendimento, a gente tenta. Quando não dá mais a gente dá alta administrativa, a gente faz um relatório, encaminha para o Ministério Público informando a situação de negligência, encaminha para o CREAS, para o atendimento também e se é judicializado a gente tem que encaminhar o relatório, a gente não pode dar alta sem antes ter o aval do juiz, então mesmo a gente enfrentando todas essas questões de negligência a gente continua atendendo, mas a gente informa o que está acontecendo. E alta a pedido. O paciente não quer mais receber o nosso atendimento (ORQUÍDEA, 2017).

O município de Blumenau se diferencia dos demais em relação a alta do usuário do programa, pois é feito através da concordância entre os profissionais da equipe, caso um profissional não dê alta na sua especificidade o usuário continua fazendo parte do programa.

É a equipe que vai dizer se estiver pronta para ganhar alta. Começou a estabilizar o motivo que veio para nós, foi feito todos os exames porque a gente faz a coleta de exames para poder agilizar um pouco, estando estável, estando tudo bem, e está encaminhado, que não vai ficar parado se depende de uma reabilitação, a fonoaudiologia, a nutrição tem aqui na policlínica, a fisioterapia tá na clínica, a fonoaudiologia tem ambulatório, a psicóloga tem ambulatório, e ele tem condições de ir, que começou a se movimentar, poder ser levado, assim sem prejudicar o estado de saúde dele, aí a gente já encaminha para alta. Sempre deixa ele protegido para alguém poder ir. Às vezes a EMAD dá alta e a EMAP fica com o paciente, por exemplo, a psicóloga, a psicóloga a tendência dos pacientes é ficar bastante tempo para poder... as depressões, psicológicos complicados, junto com a psiquiatria porque mistura, né? Demora um pouco. Quando ela vê que tem um risco para o paciente ela não dá alta, a EMAD dá alta, mas ela permanece fazendo a assistência dela. Daí no final dá alta final para eles. A gente orienta a família que a parte dele está bem, que não tem problema, ou vai para a unidade de saúde ou a outra pessoa que está ali vai ficar dando assistência (JASMIN, 2017).

O tempo de permanência nos programas varia de acordo com cada protocolo do município. Em Jaraguá do Sul os usuários beneficiários chegam a ficar até 63 dias, enquanto no município de Chapecó e Joinville ficam entre dois e três meses.

[...] Então hoje o paciente muitas vezes entra como AD2, mas vai se transformar em AD1 no período. Então a gente tenta dar alta para esse paciente o quanto antes. Então no início a gente tinha uma permanência de às vezes 200, 150 dias com esse paciente. Hoje, mês passado ficou com 57 dias, esse mês com 63. A gente sempre está trabalhando para reduzir isso (GIRASSOL, 2017).

[...] Mas é em média de dois a três meses. Na verdade os que ficaram mais tempo foram as crianças, que eu lembro assim que ficaram mais tempo. Tem uma criança que está com a gente já faz um tempo, teve um outro que ficou com a gente uns seis meses (VIOLETA, 2017).

Eu acho que no mínimo três meses, nenhuma família fica menos de três meses. E no máximo, tem famílias que estão com a gente desde que a gente iniciou (ORQUÍDEA, 2017).

Com relação a modalidade de atenção domiciliar que os programas atendem, em sua maioria, possuem as três modalidades, AD1, AD2 e AD3. A modalidade AD1 são para usuários com complexidade menor, já a AD2 e AD3, são usuários mais complexos, necessitando de mais atendimento da equipe ou em uso de equipamentos.

Tudo, fazemos todas essas coisas. Eu como médico sou solicitado e a gente faz a visita domiciliar, tipo eu vou a cada 15 dias em todos os pacientes que estão cadastrados no programa, se houver uma intercorrência eles ligam ou falam com a enfermeira ou com a técnica e eu vou também. Mas normalmente a cada 15 dias... mas claro depende também do caso, tem caso que nós vamos no mínimo uma vez por semana, então depende, depende do quadro clínico, de como evoluir (TULIPA, 2017).

A gente divide em AD1 e AD2 que são as divisões que a gente usa de atenção domiciliar. A nossa maioria dos pacientes é AD2, que é o que é pra atenção domiciliar. A gente atende paciente AD1 também, daí nesses pacientes AD1 a gente fica um curto período né, aí a gente atende com a parte da fisioterapia, da enfermagem, passa algumas orientações, faz uma capacitação com o cuidador, a gente dá alta e ele volta para os cuidados da unidade de saúde, né? Nessas modalidades, quando o paciente é AD1 quem tem que prestar essa assistência é a saúde da família ou no NASF, né? [...] AD3 a gente tem agora um caso de um paciente, mas a gente ainda não assumiu (VIOLETA, 2017).

Com relação à comunicação do serviço de atenção domiciliar com o hospital e atenção básica os municípios relataram que o hospital possui ainda certa resistência em fazer os encaminhamentos, como no município de Joinville, onde o objetivo inicial do SAD era a desospitalização.

Só que a gente não conseguiu começar pela desospitalização em Joinville. É algo que eu não consigo compreender direito o que é que acontece que os hospitais têm uma resistência de estarem encaminhando. Agora a gente está tendo um diálogo mais perto, só

para tu entender um pouquinho de toda essa lógica assim, antes o contato com os hospitais era muito via coordenação (ORQUÍDEA, 2017).

Mas, de acordo com Orquídea (2017), a partir do momento em que o SAD ficou sem coordenação, os profissionais iniciaram um contato mais próximo com os hospitais.

Aí o que aconteceu, a gente ficou sem coordenação e a gente começou a fazer contato mais direto com as assistentes sociais dos hospitais, que a nossa porta de entrada para os hospitais é o Serviço Social, e a gente começou a agendar reuniões com esse povo, né? Então vamos lá, vamos dar a nossa cara a tapa e vamos fazer o programa funcionar. E tem dado muito certo, a gente tem ido para os hospitais, tem participado das reuniões de equipe, falado sobre a importância do SAD, apresentando todos os instrumentos, e eles tem encaminhado para nós (ORQUÍDEA, 2017).

No município de Jaraguá do Sul, o contato com Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família possui uma abertura melhor, os encaminhamentos são feitos através do sistema por meio de encaminhamento de dentista, enfermeiro ou médico das unidades supracitadas.

Primeiro, os familiares, não adianta vir aqui que a gente não vai conseguir ajudar eles. Acontece muito de eles ligarem... a porta de entrada mesmo para o serviço é a Unidade Básica de Saúde ou ESF. Então esse paciente precisa ser avaliado por algum profissional de nível superior dessa unidade (GIRASSOL, 2017).

O acompanhamento realizado pelas equipes com as famílias e usuários são feitas de acordo com cada especificidade do usuário e a modalidade em que está inserido. Variando de acordo com a gravidade do estado clínico e do que precisa no momento.

Sendo assim, entre os principais pontos encontrados nas entrevistas realizadas com os profissionais que atuam nos programas dos municípios que aderiram e implantaram o Programa Melhor em Casa, destacamos que a implantação dos programas, em geral, ocorreu no mesmo período, entre 2014 e 2015. Quando ocorre a expansão do Programa Melhor em Casa no estado, e conseqüentemente o aumento das internações domiciliares, sob a perspectiva de um atendimento humanizado.

Outro ponto em comum entre os municípios é a questão da composição das equipes de trabalho. Em sua maioria ocorreu a diminuição das equipes, porém

atendendo uma grande área territorial desses municípios, com usuários de complexidades diferenciadas, necessitando de intervenções diferentes dos profissionais do programa.

Denota-se também deste estudo, os diagnósticos encontrados nos programas, e as formas de inclusão e exclusão. Todos os profissionais dos municípios entrevistados referem que os diagnósticos dos usuários são em sua maioria neurológico e crônicos, que possuem dificuldade de locomoção até uma unidade de saúde, permanecendo no programa até que ocorra sua melhora, gerando a alta do programa e realizado os devidos encaminhamentos.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção histórica da proteção social brasileira a família é uma instância centra de proteção, principalmente quando se trata de assumir o cuidado de seus doentes. O atendimento em domicílio é algo realizado, como forma de caridade, desde a Era Cristã. Mas, a partir do século XVIII o atendimento hospitalar começa a se relacionar com o atendimento domiciliar, assim, surgem no século XIX às primeiras organizações relacionadas ao atendimento domiciliar.

Porém, o entendimento de atendimento domiciliar como uma dimensão do hospital surgiu em 1947 nos Estados Unidos, com o fim de agilizar a alta hospitalar. No Brasil iniciou-se o atendimento domiciliar a partir de programas como o SAMDU, através da previdência social.

Atualmente, o atendimento domiciliar é defendido a partir da ideia de redução de custos com a internação hospitalar, desospitalização de internações chamadas desnecessárias, diminuição das altas precoces como forma de rotatividade nos leitos, defendida a partir da convivência familiar, de um ambiente conhecido, com afeto e carinho dos familiares.

Conforme demonstrado neste estudo, observa-se que o atendimento domiciliar ainda é um assunto com pouca discussão num sentido mais amplo. As implicações do cuidado para os familiares não são tratadas como ponto central, são deixadas a parte, principalmente em relação à política social, quando o discurso utilizado é o da humanização do cuidado, pelos profissionais da saúde, e em relação à tradição da família brasileira, onde esse cuidado é visto como uma demonstração de amor e carinho. É uma discussão tratada no âmbito privado, mas que é exercida em domicílio, havendo uma naturalização do cuidado domiciliar em saúde, como algo que deve ser realizado pela família.

Na atualidade o atendimento domiciliar vem sendo utilizado de forma crescente, principalmente, com relação às doenças crônicas. Com isso, observa-se a utilização de diversas terminologias acerca do assunto. A principal discussão está em diferenciar essas terminologias. Para os autores estudados, *home care*, atenção domiciliar, assistência domiciliar e atendimento domiciliar abrangem as ações realizadas no domicílio, enquanto a internação domiciliar é algo tratado com uma complexidade maior, com cuidados mais intensivos.

Mas, em todos esses casos, a família é designada a prover esse cuidado, porém os cuidados agora solicitados são diferenciados, onde dependendo da evolução e patologia do familiar adoecido as necessidades vão se alterando, enquanto o acompanhamento por uma equipe técnica é cada vez mais ausente.

Não se leva em conta que as mudanças provocadas na família a partir do adoecimento de um familiar, por vezes não são esperadas. As famílias não possuem total entendimento dessas alterações na organização familiar, nas responsabilidades, assim, surgem consequências como os desentendimentos familiares, os revezamentos para dar conta das demandas do cuidado e a sobrecarga e o surgimento de doenças nos cuidadores. Isso se levando em conta, que as famílias não permanecem as mesmas, as famílias se transformam de acordo com a cultura e economia de cada época e sociedade.

O principal foco deste estudo foi a caracterização do Programa Melhor em Casa no estado de Santa Catarina. Isto, devido a grande expansão que o programa teve nos últimos anos, a partir da premissa de uma substituição ou complementação dos cuidados que já existem. São ações que promovem a saúde, previnem doenças, reabilitação dos usuários a partir de atividades realizadas no domicílio.

Inicialmente, o serviço de atenção domiciliar pelo SUS, possuía uma delimitação da população nos municípios. Foi a partir da Portaria nº 963/2013 que ocorreu a universalização da atenção domiciliar por meio do agrupamento de municípios, onde pode-se somar a quantidade da população para atingir os requisitos de implantação do serviço.

Dessa forma, o programa é indicado para pessoas que possuem dificuldade de acessar uma unidade de saúde, temporária ou definitivamente. Para tanto é organizada em três modalidades, AD1, AD2 e AD3, sendo verificada a demanda e complexidade de cada usuário, assim será definido qual atendimento necessário a cada usuário.

Nas normativas do Programa, o cuidado domiciliar também é defendido a partir do argumento de que o domicílio oportuniza ao usuário uma proximidade com a rotina familiar, ficando próximo aos familiares, amigos, mantendo suas atividades normalizadas, sem os horários rígidos de um hospital, tendo então um atendimento mais humanizado. Outra defesa para a expansão da atenção domiciliar é a diminuição dos riscos de infecções geradas a partir de hospitalizações chamadas

desnecessárias, que podem atingir usuários internados nos hospitais, complicando seu estado de saúde e até mesmo agravando seu estado clínico.

Como resultado do atendimento domiciliar aparece à redução de custos e o melhor gerenciamento dos leitos hospitalares, como uma forma de melhoria dos recursos públicos em saúde, pois ao ficar no seu domicílio, esse usuário gera uma economia de custos e leitos, estes ficando disponíveis àqueles que de fato precisam, são casos considerados mais graves.

Na verdade, o que se percebe é que a redução de custos que se tem para o Estado é na realidade um aumento de custos para as famílias que possuem familiares doentes. Portanto, usando da humanização como forma de ocultar a verdadeira intenção com a atenção domiciliar.

Quando analisamos os municípios que aderiram e implantaram o Programa Melhor em Casa, percebemos que as características de cada município influenciam diretamente do produto final, que seria o programa, pois as especificidades de cada município, em relação ao porte, à população, questões relacionadas a recursos públicos influenciam na saúde desses usuários, bem como na forma de organização desses programas.

Até o momento em que realizamos o estudo, oito municípios tinham implantado o Programa Melhor em Casa. As diferenças entre eles iniciam a partir da localização geográfica no estado de Santa Catarina, onde os municípios localizados na região oeste de Santa Catarina são Maravilha e Chapecó, ao norte encontram-se as cidades de Jaraguá do Sul e Joinville, no vale a cidade de Blumenau, a leste encontra-se Biguaçu e ao sul os municípios de Araranguá e Capivari de Baixo. Sendo o mais novo município de Capivari de Baixo, fundado em 1993 e o mais antigo é o município de Biguaçu, fundado em 1833.

Diferenciam-se também pelo porte, onde quatro são de grande porte, sendo Blumenau, Chapecó, Jaraguá do Sul e Joinville, com Joinville sendo a terceira cidade mais populosa da região sul do Brasil. Dois municípios são de médio porte: Biguaçu e Araranguá, e dois municípios de pequeno porte: Maravilha e Capivari de Baixo. Ao analisar a questão da divisão de homens e mulheres nos municípios, percebemos que não existe uma diferença significativa em relação aos dados, mesmo que na totalidade a maioria são de mulheres. Porém, este não é o motivo pelo qual as mulheres são as mais responsabilizadas pelo cuidado domiciliar em

saúde, mas sim devido ao seu lugar naturalizado dentro das famílias, como àquela que deve cuidar e amar, sem desejar nada em troca.

Com as análises dos dados, percebe-se que os municípios de médio porte, são os que possuem as menores rendas per capita, Biguaçu e Araranguá. Sendo os que possuem os menores índices em todos os dados analisados, quando comparados aos municípios que aderiram ao programa. Possuem uma expectativa de vida menor, índice de mortalidade infantil maior, onde encontramos também os maiores índices de vulnerabilidade à pobreza, esses dados nos permitem analisar a população desses municípios, pois são potenciais usuários dos programas de atenção domiciliar.

Além desse panorama geral dos municípios, percebeu-se uma predominância de enfermeiros ocupando funções de coordenadoria nos programas, assim como a falta de assistentes sociais trabalhando nas equipes de atenção domiciliar.

Destaca-se entre os dados, a diferença na quantidade de usuários atendidos em cada município, na sua maioria atendem entre 45 e 60 usuários, enquanto Joinville, um município de grande porte, atende apenas 16 usuários.

Com relação aos diagnósticos dos usuários beneficiários desses programas, denota-se a predominância de doenças neurológicas, agudas, com possibilidade de melhora do quadro clínico, para que então seja realizada a alta do usuário do Programa. Portanto, o programa, de acordo com os profissionais, precisa dessa rotatividade, oportunizando que mais pessoas possam utilizar-se desse atendimento. Dessa forma, usuários que possuem doenças crônicas não são admissíveis no programa, pois permanecem como estão, quando estabilizados, por muito tempo. O argumento para a não admissão seria a dificuldade de atender a população, pois muitos se encontram nessas situações, mas as equipes são reduzidas e o território extenso.

Sendo assim, os critérios para inclusão ao programa são usuários acamados, com dificuldade de locomoção até uma unidade de saúde, alta hospitalar recente ou necessidade de desospitalização, pós-operatórios, fraturas, cuidados paliativos, conforme previsto na portaria que rege os programas de atenção domiciliar.

Os critérios de alta, portanto, configuram quando existe a melhora clínica do usuário, sendo então realizados os devidos encaminhamentos para as unidades básicas de saúde.

Com um posicionamento crítico, de não reprodução do pensamento em relação aos cuidados domiciliares em saúde, procuramos problematizar criticamente essas questões acerca da atenção domiciliar no SUS. A caracterização do programa se faz necessário para que possamos compreender como é a implantação do Melhor em Casa nos municípios e como se organizam as equipes.

Dessa forma, a discussão do tema e a participação dos assistentes sociais no programa de atendimento domiciliar se faz importante na medida em que trabalhamos diretamente com as famílias e usuários dos serviços públicos e privados de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, Cleci Elisa. **Assistência domiciliar como modalidade de atendimento à saúde no contexto da família e das políticas sociais**. 2003. 182 f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Florianópolis, 2003.

CARDOSO, Cinira Conceição Longo; ROSALINI, Maria Helena Pereira; PEREIRA, Maria Tereza Mendes Laves. **O cuidar na concepção dos cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP**. Serv. Soc, Rev., Londrina. V.13, n.1, jul-dez 2010, p. 24-42.

DAL PRÁ, Keli. Regina; WIESE, Michelly. Laurita; MIOTO, Regina. Célia Tamaso. Política social e acesso à justiça: um estudo sobre a judicialização das demandas sociais de Saúde e Assistência Social. 2015. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Serviço Social: Florianópolis. Digit.

DANIEL, Samara Marlene. **Reflexões sobre a interdisciplinaridade a partir do trabalho de uma equipe de saúde de um programa de atenção domiciliar**. 2011. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social – Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DATAPEDIA. Disponível em:

<<http://www.datapedia.info/public/mapa>>. Acesso em: 01 de outubro de 2017.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas**. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(3):180–8.

GELINSKI, Carmen Rosario Ortiz Gutierrez; MOSER, Liliane. **Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais**. In: MIOTO, R.; CAMPOS, M. CARLOTO, C. (Orgs.) Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015. pg. 125-146.

HOME Care Cuidalar. **História do Home Care**. Disponível em:

<<http://homecarecuidalar.webnode.pt/historia-do-home-care/>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

IBGE.CIDADES. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=42&search=santa-catarina>> Acesso em: 24 de agosto de 2017.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; OLINISKI, Samantha Reikdal; TRUPPEL, Thiago Christel. **Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática**. Saúde e Sociedade v.15, n 2, 2006, p 88 – 95. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf>> Acesso em 16 de maio de 2017.

LEME, Edvaldo de Oliveira. **Portal Home Care**. Disponível em:

<<http://www.portalhomecare.com.br>> Acesso em: 16 de maio de 2017.

MARTINS, Soriane Kieski; LACERDA, Maria Ribeiro. **O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde**. Revista RENE. Fortaleza, v. 9, n. 2, 2008, p. 148-156.

MENDES, Walter. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

MS. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília – DF, 2006.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html.

Acesso em: 17 de maio. 2017.

MS. **Atenção Domiciliar**: manual instrutivo. Brasília – DF, 2013. (2013). Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrucao_melhor_casa.pdf. Acesso em: 20 de mar. 2017.

MS. **Caderno de atenção domiciliar**. v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

MS. **Melhor em Casa** (2013). Disponível em

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>. Acesso em: 04 de mar. de 2017.

MS. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde).

Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Brasília, (2002). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10424.htm. Acesso em: 04 de mar. De 2017.

MS. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, (2010). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 26 de abr. 2017.

MS. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Brasília, (2013b). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 04 de mar. 2017.

PMA. História do Município. Disponível em: <http://www.ararangua.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/5338>> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

PMB. História do Município. 2017a. Disponível em: <http://www.blumenau.sc.gov.br/blumenau/historia>> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

PMB. História do Município. 2017b. Disponível em: <https://bigua.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/21>> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

PMB. História do Município. Disponível em: <https://bigua.atende.net/#!/tipo/pagina/valor/21>> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

PMCB. Histórico da Cidade. Disponível em: <http://www.capivaridebaixo.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/5409>> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

PMJS. Síntese da História da Cidade. Disponível em: <http://www.jaraguadosul.sc.gov.br/sintese-da-historia-da-cidade-jaragua-do-sul>> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

PORTAL PLANALTO. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-planalto/noticias/2016/10/investimento-em-educacao-e-saude-vai-aumentar-com-pec-1>> Acesso em: 08 de novembro de 2017.

REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim.

Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (sup), 2005, p. 231-242. Disponível em: Acesso em 17 de maio de 2017.

SARTI, Cynthia Andersen. **Famílias enredadas.** In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (orgs.). *Família: redes, laços e políticas públicas.* São Paulo: Cortez, Puc/SP, 2005. p. 21-36.

SARTI, Cynthia. *Família e individualidade: um problema moderno.* In: CARVALHO, Maria do Carmo B. de, (Org.) ***A família contemporânea em debate.*** São Paulo: Cortez Editora, 1995. p. 39-49

SCHMIDT, Cristiane. **Atenção domiciliar em saúde: uma discussão a partir do Programa Melhor em Casa e suas repercussões para as famílias.** 2013. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social – Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, Vini Rabassa; STELMAKE, Lenara Lamas. **Cuidadores domiciliares: uma demanda para a ação profissional dos assistentes sociais.** *Serv. Soc, Rev.*, Londrina. V.14, n.2, p. 145-161, jan/jun 2012.

SIMÃO, Vilma Margarete; MIOTO, Regina Celia Tamasso. **O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. v.40. N. 108, p. 156-169, Jan-Mar 2016.

TAVOLARI, Carlos Eduardo Lodovici; FERNANDES, Fernando; MEDINA, Patricia. **O desenvolvimento do home health care no Brasil.** *Revista Administração em Saúde*, v. 9, n. 3, 2000.

TEIXEIRA, Solange Maria. *Família e proteção social: uma relação continuamente (re) atualizada.* In: TEIXEIRA, S. M. ***A Família na Política de Assistência Social: concepções e tendências do trabalho social com família nos CRAS de Teresina – PI.*** Teresina: EDUFPI, 2013, p.23-41

TEIXEIRA, Solange Maria. *Política Social contemporânea: a família como referência para as Políticas Sociais e para o trabalho social.* In: MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Org.) ***Familismo Direitos e Cidadania contradições da política social.*** São Paulo: Cortez, 2015. p. 211-239

WANDERLEY, Mariangela Belfiore et al. **Publicização do papel do cuidador domiciliary**. São Paulo: IEE/PUC-SP. Brasília: Secretaria de Assistência Social/MPAS, 1998.