

Direitos socioassistenciais e tempo de desospitalização de pacientes em internação domiciliar no Rio de Janeiro

Luciana Vicente da Silva¹

Vania Reis Girianelli²

Jeane Tomazelli³

Resumo

Este estudo visa identificar os direitos socioassistenciais obtidos pelos pacientes em internação domiciliar de um hospital público, de 2012 a 2017, e comparar o tempo de desospitalização quanto às características socioeconômicas e clínicas. Foram incluídos 243 pacientes. Nem todos os direitos sociais estavam disponíveis no momento da internação domiciliar. O tempo mediano de desospitalização foi de três dias, atingindo 136 dias; sendo maior quando o cuidador não era da família, o domicílio era inadequado quanto à higiene e/ou não arejado, o diagnóstico do paciente não era câncer ou necessitava utilizar sonda para diurese ($p \leq 0,038$).

Palavras-chave

Serviços hospitalares de assistência domiciliar. Direitos do paciente. Direitos humanos. Sistema único de saúde.

Socio-assistance rights and length of de-hospitalization of patients in home hospitalization in Rio de Janeiro

Abstract

This study aims identify the social assistance rights obtained by patients in home hospitalization of a public hospital, from 2012 to 2017, and compare the length of de-hospitalization regarding socioeconomic and clinical characteristics. The study included 243 patients. Not all social rights were available at the time of home hospitalization. The median time of de-hospitalization was three days, reaching 136 days; being higher when the caregiver was not from the family, the home was inadequate in terms of hygiene and/or not ventilated, the patient's diagnosis was not cancer or needed to use a tube for diuresis ($p \leq 0.038$).

Keywords

Home care services, hospital-based. Patient rights. Human rights. Brazilian unified national health system.

Artigo recebido em outubro de 2021

Artigo aprovado em março de 2022



Introdução

A atenção domiciliar à saúde inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação efetuadas no lar do usuário com a participação dos profissionais de saúde, do paciente e dos familiares (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2016a). Ela compreende atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar (LACERDA et al., 2006).

A internação domiciliar é um serviço oferecido pelo hospital aos pacientes internados com indicação de desospitalização. Esse serviço é prestado por profissionais especializados com vínculo na unidade hospitalar. Profissionais da atenção básica da área adscrita de residência do usuário também podem ser inseridos na assistência prestada; pois são incluídas ações de baixa, média e alta complexidade (PAZ; SANTOS, 2003; BRASIL, 2013a).

A internação domiciliar é uma estratégia alinhada à promoção da saúde, tendo em vista que resgata a relação entre saúde e condições de vida. A proposta é superar a abordagem exclusivamente médica e focar no enfrentamento global da saúde, principalmente das doenças crônicas que afetam cada vez mais a população (CZERESNIA, 2003; SILVA et al., 2010).

O local onde o cuidado ocorre também influencia o processo de recuperação do paciente. O hospital contribui para baixa autonomia e alta instabilidade para o paciente, na medida em que precisa seguir regras institucionais com horários rígidos para refeições, banhos e curativos (FEUERWERKER, 2011; OLIVEIRA et al., 2012). Já o domicílio, embora não tenha uma equipe de saúde presente o tempo todo, proporciona maior autonomia e a assistência é mais humanizada, pois o paciente mantém o convívio com a família, além de evitar infecções hospitalares e outras complicações (OLIVEIRA et al., 2012; WHO, 1999).

A desospitalização é indicada para pacientes clinicamente estáveis que necessitam de cuidados de internação, mas que possam

ser atendidos em casa pela família e por equipe específica (BRASIL, 2006b). Ela contribui para maior rotatividade dos leitos hospitalares, prevenção de internações desnecessárias ou reinternações, e cuidados paliativos (FEUERWERKER, 2008; SIMÃO; MIOTO, 2016), abordagem que visa oferecer qualidade e bem-estar ao paciente assistido e suporte aos familiares na situação em que o risco de morte associado a doença é eminente (WHO, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem critérios para realização da internação domiciliar e credenciamento de hospitais desde o final da década de 1990 (BRASIL, 1998). Na época foram desenvolvidos vários projetos e experiências com características diversas, nos diferentes níveis de atenção e gestão. Os programas que se destacaram foram o de Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids e de Atenção aos Idosos (CARVALHO, 2009). A organização e funcionamento dos serviços de assistência domiciliar, no entanto, só foram estabelecidos posteriormente (BRASIL, 2002). Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), foram definidos e estruturados em 2006 (BRASIL, 2006a;b), mas a regulamentação desses serviços no âmbito do SUS só ocorreu após cinco anos (BRASIL, 2011). Em 2013, a rede de atenção domiciliar foi redefinida (BRASIL, 2013a) e integrada à rede de urgência e emergência (BRASIL, 2013b), sendo estabelecido o valor de incentivo para implantação dos SAD (BRASIL, 2013c). No ano seguinte, o Ministério da Saúde estabeleceu que a habilitação dos SAD passasse a depender de aprovação de projeto apresentado pela instituição (BRASIL, 2014). Em 2016, a atenção domiciliar no SUS foi redefinida e as equipes habilitadas atualizadas (BRASIL, 2016b). Os pacientes que requerem menor frequência e necessidade de intervenções multiprofissionais são acompanhados pelas equipes de atenção básica e apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatorios de especialidades e centros de reabilitação. Já os demais são de responsabilidade dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) dos hospitais credenciados. A internação





domiciliar, no entanto, ainda não está plenamente implantada em todos os hospitais públicos.

A indicação de desospitalização, contudo, deve considerar, além das condições clínicas do paciente, a disponibilidade de um responsável para assumir os cuidados, as condições do domicílio para instalação de equipamentos e acolhimento da equipe, e a disponibilidade de recursos humanos e materiais para prestar a assistência domiciliar prevista. Atualmente, a maioria dos adultos trabalha e as famílias não dispõem de condições financeiras para contratação de cuidadores, em particular, os usuários de serviços públicos de saúde (SIMÃO; MIOTO, 2016). Os recursos na saúde também estão escassos e muitos programas têm funcionado de forma precária ou descontinuado.

Os pacientes em internação domiciliar têm direito a tratamento adequado e oportuno (BRASIL, 2009). Quando essas condições não podem ser garantidas no domicílio, a internação hospitalar deverá ser reestabelecida (BRASIL, 2013d). Adicionalmente, esses pacientes têm direito a benefícios previdenciários e de assistência social que auxiliam a manter os cuidados na internação domiciliar entre eles: tarifa social de energia elétrica, fornecimento de medicamentos, equipamentos (aparelhos respiratórios, oxigenoterapia), materiais e insumos, auxílio na alimentação especial, isenção de alguns impostos, prioridade no andamento dos processos judiciais e saque de fundos de assistência ao trabalhador (FGTS, PIS, PASEP).

Apesar da importância dessa modalidade de atenção à saúde, são raros os estudos publicados que abordam a internação domiciliar de pacientes no SUS, e em particular que enfoquem os direitos dos pacientes.

Os objetivos do presente estudo foram identificar os direitos socio-assistenciais obtidos pelos pacientes em internação domiciliar atendidos pelo Hospital Federal Cardoso Fontes no período de 2012 a 2017 e comparar o tempo para desospitalização dos pacientes em relação às características socioeconômicas e assistenciais.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de seguimento retrospectivo sobre as características e os direitos obtidos pelos pacientes em internação domiciliar do Hospital Federal Cardoso Fontes, no período de 2012 a 2017.

O Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF) é um serviço público localizado no bairro de Jacarepaguá do município do Rio de Janeiro – RJ. Ele é vinculado ao Ministério da Saúde e presta atendimento de média e alta complexidade, sendo uma das principais referências hospitalares da população da zona Oeste do município do Rio de Janeiro e outros municípios. Possui emergência de porta aberta, que atende pacientes clínicos e cirúrgicos. O HFCF tem programas de residência médica e de enfermagem.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do HFCF foi implantado em 2011 e passou a ser denominado Serviço de Atenção à Desospitalização (SADES) a partir de 2012. O serviço oferece atendimento assistencial e não emergencial, com equipe multidisciplinar permanente das 07 às 19 horas, de domingo a domingo (incluindo feriados). Os pacientes são encaminhados via parecer profissional e avaliados quanto a inclusão no programa de atenção domiciliar. Frente a um parecer favorável é estabelecido um projeto terapêutico singular (BRASIL, 2013d).

O SADES do HFCF já foi representado em congressos nacionais e internacionais, participa como membro da Câmara Técnica de Desospitalização dos Hospitais e Institutos Federais desde 2015. Também é campo de aprendizado para os residentes de enfermagem, estágio acadêmico extracurricular do serviço social e como serviço que oferece visita técnica para alunos do curso de especialização em Cuidados paliativos da Ensp/Fiocruz. O serviço passou por mudanças em relação aos membros da equipe ao longo do tempo, mas manteve a mesma chefia. Atualmente, conta com os seguintes profissionais: três enfermeiros (incluindo a chefia), dois técnicos de enfermagem, uma assistente social, uma psicóloga, um médico, uma fonoaudióloga, um





fisioterapeuta, uma nutricionista, dois administrativos, dois motoristas fixos e um rotativo. Dentre as dificuldades enfrentadas destacam-se a rotatividade de profissionais com diferentes vínculos empregatícios (estatutários, contratos temporários da união e terceirizados), falta de mão de obra (Recursos Humanos), alteração de empresas prestadoras de serviço (licitação para transporte de locomoção da equipe) e questões de violência urbana (conflitos no território).

Neste estudo foram elegíveis os pacientes com indicação de internação domiciliar atendidos no SADES do HFCF, no período entre 2012 e 2017 e que foram desospitalizados.

Os dados foram extraídos das fichas de avaliação do SADES, que são de acesso restrito aos funcionários do setor.

As variáveis analisadas foram relacionadas às características socioeconômicas do paciente e do cuidador: sexo, ciclo de vida (jovem: < 20; adulto: 20–59; e idoso: ≥ 60 anos), renda e situação conjugal, vínculo do cuidador com o paciente (familiar, amigo, contratado), características do domicílio, características clínicas (diagnóstico e presença de lesão) e funcionais dos pacientes (locomoção, micção/diurese, dieta recomendada, alimentação especial e oxigenoterapia), data da indicação de internação domiciliar e a data da desospitalização, evolução (reinternação, óbito e alta) direitos sociais em função da doença (benefícios previdenciários e assistência social) e fornecimento de medicamentos, materiais e insumos.

Para a análise descritiva foram calculadas a mediana das variáveis numéricas e o percentual de cada categoria das variáveis estudadas. O tempo de desospitalização foi calculado considerando o intervalo entre a data da indicação médica de que o paciente é elegível para internação domiciliar e a data da desospitalização. Curvas do tempo de desospitalização foram construídas, estratificando pelas características socioeconômicas e assistenciais. Essa análise foi realizada utilizando o método de Kaplan Meier, estimação não paramétrica do tempo de ocorrência (CARVALHO et al., 2005), e o respectivo teste Log-rank

para comparar os estratos, considerando diferenças nos tempos de desospitalização quando o valor de p foi $\leq 0,05$.

Os dados foram armazenados no programa Excel, versão 2013, e analisados no programa estatístico R versão 3.6.1.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (CAAE 94260218.7.0000.5240).

Resultados

No período estudado, 244 pacientes apresentaram indicação de internação domiciliar. Apenas um paciente manteve-se internado no hospital, durante 577 dias até evoluir para o óbito, devido à recusa dos familiares que entraram com processo judicial para garantir uma equipe permanente (home care); sendo excluído da análise. Dos 243 pacientes incluídos no estudo, 54 (22,1%) estavam em acompanhamento pela Atenção Básica de Saúde.

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas desses pacientes. A maioria era do sexo masculino (52,7%), idoso (74,1%), casado ou vivendo com companheiro(a) (48,6%). Ressalta-se que 10,7% dos pacientes não tinham renda.

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos pacientes em internação domiciliar do SADES do HFCF, 2012-2017

CARACTERÍSTICAS	N	%
Sexo		
Feminino	115	47,3
Masculino	128	52,7
Ciclo de vida		
Adulto	63	25,9
Idoso	180	74,1
Renda		
Aposentado	127	52,3
Pensionista	30	12,3

Benefício	25	10,3
Auxílio doença	35	14,4
Não	26	10,7
Situação conjugal		
Casado	98	40,3
União estável	2	0,8
Vive companheiro(a)	20	8,2
Solteiro	47	19,3
Divorciado	8	3,3
Viúvo	68	28,0

Em relação às características clínicas e funcionais dos pacientes, 67,1% tinham diagnóstico de câncer, 45,3% estavam acamados e 65,4% possuíam lesão por pressão ou tumoração. Apesar de uma maior dificuldade para internação e acompanhamento domiciliar, 14,0% pacientes usavam sonda para se alimentar (gastrostomia, nasogástrica ou nasoenteral) e 34,6% para diurese (vesical de demora e cistostomia), 6,6% utilizavam oxigênio e 2,9% alimentação especial (Tabela 2).

A maioria dos pacientes usava medicamentos (97,5%) e dependia do fornecimento de materiais e insumos (98,8%). Adicionalmente, 3,7% dos pacientes não apresentavam domicílios adequados, por falta de limpeza e/ou ventilação, e 7,0% residiam em área de risco. Em função da violência no território, 9,9% dos pacientes tiveram cuidados compartilhados com atenção básica durante a internação domiciliar (dados não apresentados).

Tabela 2 – Características clínicas e funcionais dos pacientes em internação domiciliar do SADES do HFCF, 2012-2017

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FUNCIONAIS	N	%
Locomoção		
Dependente	31	12,8
Acamado	110	45,3
Parcialmente dependente	102	42,0

Presença de lesão		
Sim	159	65,4
Não	84	34,6
Dieta recomendada		
Via oral	209	86,0
Sonda nasogástrica ou nasoenteral	2	0,8
Gastrostomia	32	13,2
Micção/diurese		
Espontânea	159	65,4
Vesical de demora	62	25,5
Cistostomia	22	9,1
Diagnóstico		
Câncer	163	67,1
Outros	80	32,9
Oxigenoterapia		
Sim	16	6,6
Não precisava, mas familiar alugou	5	2,1
Não se aplica	222	91,4
Alimentação especial		
Sim	7	2,9
Não	236	97,1

A maioria dos cuidadores responsáveis pelos pacientes era do sexo feminino (85,2%), familiar (90,9%), casado ou vivia com companheiro(a) (79,1%). Ressalta-se que 35,0% dos cuidadores eram idosos e um tinha 16 anos, mas era o único parente disponível. Além disso, 12 (4,9%) foram contratados pela família para realizar os cuidados com o paciente e dez eram amigos (4,1%) (Tabela 3).



Tabela 3 – Características dos cuidadores responsáveis pelos pacientes em internação domiciliar do SADES do HFCF, 2012-2017

CARACTERÍSTICAS DO CUIDADOR	N	%
Sexo		
Feminino	207	85,2
Masculino	36	14,8
Ciclo de vida		
Adolescente	1	0,4
Adulto	157	64,6
Idoso	85	35,0
Renda		
Aposentado	40	16,5
Pensionista	16	6,6
Benefício	1	0,4
Outros	186	76,5
Situação conjugal		
Casado	167	68,7
União estável	2	0,8
Vive companheiro(a)	24	9,9
Solteiro	25	10,3
Divorciado	2	0,8
Viúvo	23	9,5
Vínculo do paciente com o cuidador		
Familiar	221	90,9
Amigo	10	4,1
Contratado	12	4,9

A Tabela 4 apresenta os direitos sociais obtidos pelos pacientes. A maioria tinha isenção do imposto de renda (99,6%), da taxa de incêndio do Corpo de Bombeiros (98,8%) e assegurada à isenção do ICMS para compra de automóveis (84,8%), caso necessitasse

adquiri-lo. Dentre os direitos sociais conquistados, 7,0% tinham o Benefício de Prestação Continuada (BPC), 3,7% aposentadoria por invalidez, 2,5% majoração na aposentadoria e 3,7% fizeram o saque do fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS). O benefício do vale social foi utilizado por seis pacientes. A maioria dos pacientes, no entanto, não tinha indicação (78,2%) por ser idoso ou estar acamado. Apenas três pacientes tinham tarifa social da light, mas nenhum deles fazia uso de aparelho com demanda excessiva de energia. Muitos pacientes, contudo, não solicitam o benefício devido à burocracia ou existência de irregularidade no consumo. Em contrapartida, 5,3% dos pacientes tiveram que entrar na justiça para garantir os seus direitos, principalmente para fornecimento de medicamento específico e aparelho respiratório.

Dos pacientes avaliados, apenas 9,1% ainda estavam em internação domiciliar em janeiro de 2019. Quanto aos demais, 60,9% evoluíram para óbito, 21,8% tiveram alta e 8,2% reinternaram no hospital devido ao agravamento da doença.

Tabela 4 – Direitos sociais obtidos pelos pacientes em internação domiciliar do SADES do HFCF, 2012-2017

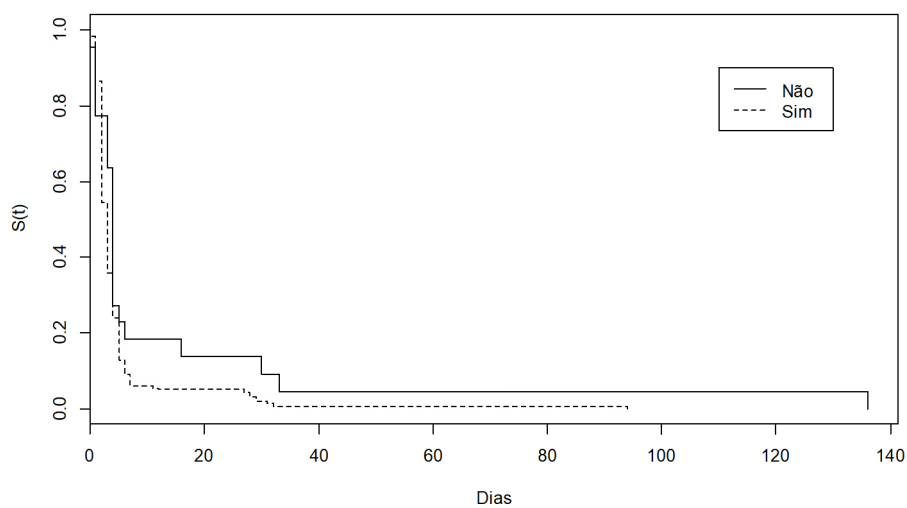
DIREITOS	N	%
Benefício de Prestação Continuada (BPC)		
Sim	17	7,0
Não se aplica	226	93,0
Aposentadoria por invalidez		
Sim	9	3,7
Não se aplica	234	96,3
Majoração na aposentadoria		
Sim	6	2,5
Não solicitado	113	46,5
Não se aplica (não aposentados ou aposentado por invalidez)	124	51,0

Vale social		
Sim	6	2,5
Não solicitado	47	19,3
Não se aplica	190	78,2
Judicialização para garantia dos direitos		
Sim	13	5,3
Não	230	94,7
Saque do FGTS		
Sim	9	3,7
Não solicitado	234	96,3
Isenção do imposto de renda		
Sim	242	99,6
Não se aplica	1	0,4
Tarifa social da Light		
Sim	3	1,2
Não solicitado	240	98,8
Isenção da taxa de incêndio do Corpo de Bombeiros		
Sim	240	98,8
Não	3	1,2
Isenção do ICMS compra de automóveis		
Sim	206	84,8
Não	37	15,2

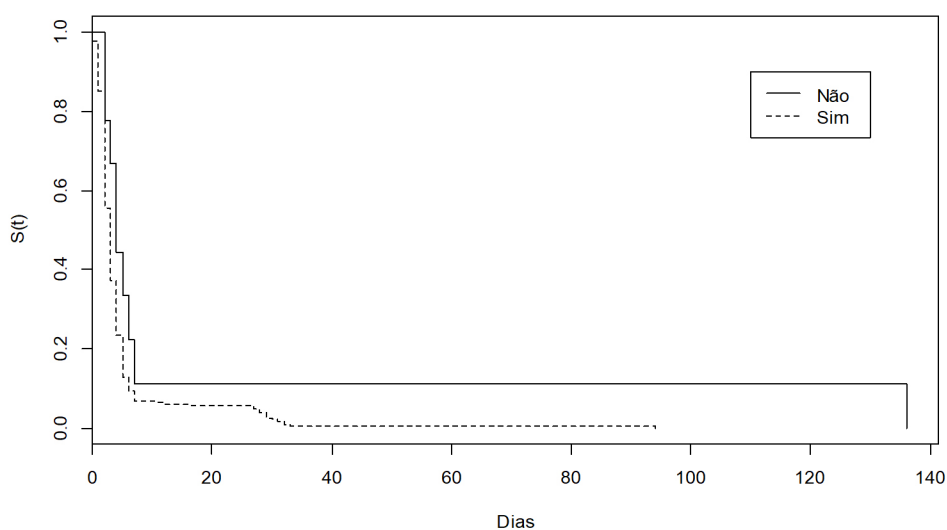
O tempo mediano entre a indicação e a internação domiciliar foi de três dias, variando de horas a 136 dias. O tempo para desospitalização foi maior quando o cuidador não era da família ($p = 0,035$); o domicílio era inadequado quanto às condições de higiene e/ou não arejado ($p = 0,038$), ou seja, de hábitos que promovam a saúde e o bem-estar; o diagnóstico do paciente não era câncer ($p = 0,003$); ou necessitava utilizar sonda para diurese ($p = 0,023$) (Figura

1). Não houve diferença estatisticamente significativa para as demais variáveis ($p \geq 0,129$).

a) Cuidador Familiar

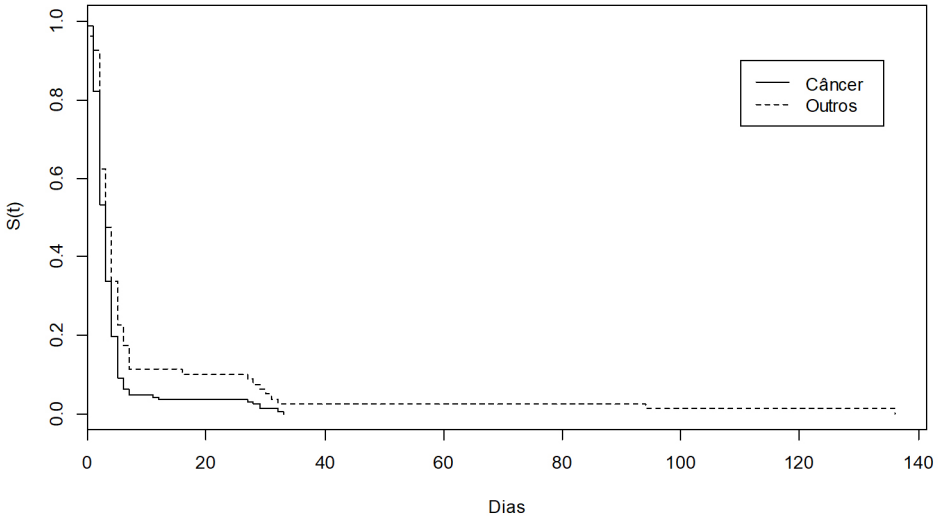


b) Domicílio Adequado





c) Diagnóstico



d) Uso de sonda para diurese

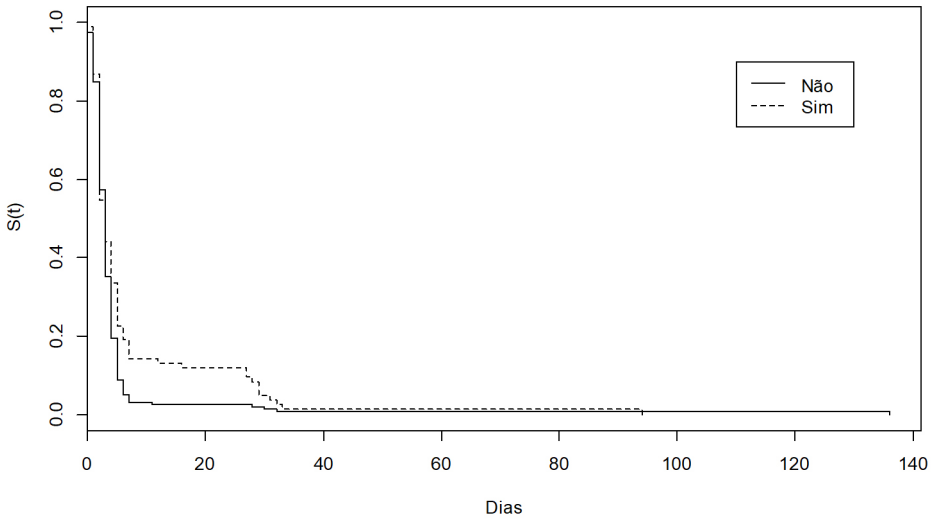


Figura 1 - Curvas do tempo para desospitalização em dias estratificadas por características sociais e clínicas selecionadas dos pacientes em internação domiciliar do SADES do HFCF, 2012-2017

Discussão

A internação domiciliar é uma proposição para garantia de uma assistência humanizada, principalmente para os pacientes que necessitam de um longo período de internação. Esta estratégia de atenção vai ao encontro dos esforços institucionais para reduzir custos, aumentar a rotatividade dos leitos e consequentemente ampliar o acesso da população à assistência (PAZ; SANTOS, 2003; SANTOS et al., 2011). Contudo, apesar dessa modalidade de cuidado ter trajetória construída no SUS, na saúde suplementar as decisões acerca do cuidado domiciliar se dão de forma diferenciada, pois não se observa primazia pela garantia da integralidade e humanização (SILVA et al., 2013).

A maioria dos pacientes era oncológico e idoso, características semelhantes aos pacientes em cuidados paliativos na atenção domiciliar no país (ATTY; TOMAZELLI, 2018). Em estudo nacional sobre atenção domiciliar (RAJÃO; MARTINS, 2020), as doenças do aparelho circulatório corresponderam a 28,6% das internações domiciliares, mas o estado do Rio de Janeiro apresentou baixa adesão a esse tipo de assistência (3,5%). Já em estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais (MARTELLI et al., 2011), no entanto, os pacientes com pneumonia foram os mais prevalentes (16,1%) na internação domiciliar.

No cuidado domiciliar é necessário um diagnóstico da realidade do paciente, incluindo suas limitações, possibilidades, rede de apoio (familiar e comunitária), bem como as características do ambiente domiciliar (PAZ; SANTOS, 2003; SANTOS et al., 2011). Nem todos os direitos sociais que os pacientes têm acesso, no entanto, já estão disponíveis no momento da desospitalização, pois eles não são impeditivos para garantir a internação domiciliar. As exigências estão relacionadas ao suporte clínico visando uma alta hospitalar responsável. A orientação quanto aos direitos sociais é fornecida pelos profissionais do serviço social antes e após a desospitalização, bem como durante a internação domiciliar. A família, no entanto, em função das demandas e cuidados com o paciente, geralmente não dispõe de tempo para acessar os seus



direitos, que ainda são dificultados pelo requisito de laudos médicos bem específicos e recentes, necessidade de agendamento, além do custo com deslocamento para cumprir as demais exigências. A burocracia dificulta e atrasa o acesso dos pacientes aos seus direitos. Os resultados indicam que os benefícios relacionados às necessidades mais cotidianas (BPC, aposentadoria por invalidez, majoração na aposentadoria, saque do FGTS) foram proporcionalmente menores do que os benefícios de isenção de imposto de Renda, da taxa de incêndio e isenção do ICMS para compra de automóveis.

Apesar do tempo mediano de desospitalização ser baixo, para alguns pacientes esse tempo foi superior a quatro meses. O atraso na desospitalização geralmente é devido as dificuldades da família para dispor de um cuidador responsável e a insegurança dos familiares em relação ao custo, fornecimento e acesso à assistência. Alguns fatores associados ao maior tempo para desospitalização (cuidador não familiar, domicílio inadequado, utilização de sonda para diurese) sugerem avaliação da continuidade da qualidade do cuidado. Por outro lado, seria necessário realizar estudos semelhantes para compreender o menor tempo para desospitalizar pacientes quando o diagnóstico é de câncer.

Em contrapartida, a violência urbana vivenciada no estado do Rio de Janeiro também tem sido um entrave para desospitalização dos pacientes que residem principalmente em áreas conflagradas, podendo contribuir para um maior tempo de desospitalização. Nessa situação, utiliza-se a estratégia de compartilhar os cuidados com a atenção básica de referência do domicílio. Para isto, é necessário adesão e posterior treinamento da equipe da rede básica para garantir o atendimento com qualidade ao paciente em internação domiciliar.

A desospitalização tem sido implantada nos hospitais públicos envolvendo diversos profissionais especializados e em articulação com uma rede de assistência que são regulados pelas Secretarias de Atenção à Saúde. O presente estudo identificou que cerca de 20% dos pacientes já estavam em acompanhamento na Atenção Básica, esse

resultado indica uma rede primária operante e que esses pacientes possivelmente demandavam cuidados de menor complexidade (BRASIL, 2013a; ATTY; TOMAZELLI, 2018).

Chama atenção o alto percentual de óbitos (60,9%), no entanto, a maioria dos pacientes era oncológico e estava em cuidado paliativo no domicílio, o que está de acordo com o esperado. Em contrapartida o percentual de reinternação foi relativamente baixo (8,2%), apesar do indicador ser influenciado pela alta proporção de óbito, também pode indicar a qualidade da assistência prestada no domicílio, pelos profissionais e cuidadores, bem como a articulação com a atenção básica.

Aplicar o saber profissional fora do ambiente hospitalar é um desafio, agravado pela dificuldade de acesso, falta de recursos materiais, alta rotatividade de profissionais, violência urbana, entre outros entraves. A desospitalização deve ser conduzida com rigor, responsabilidade e comprometimento; garantindo o acolhimento do paciente, mudança de valores nos cuidados e cuidadores, e principalmente, o acesso a Política de Saúde. O processo de desospitalização com a garantia da integralidade do cuidado ainda possui grandes fragilidades (SILVA et al., 2017). A literatura refere o despreparo e a dificuldade do cuidador para realizar o cuidado, com grande desgaste emocional e físico (SANTOS et al., 2011).

Considerações Finais

O presente estudo constatou que mais de um terço dos cuidadores eram idosos e predominantemente femininos, o que acrescenta a esse membro da família mais uma sobrecarga, dentre as historicamente conhecidas. Cabe destacar que os pacientes com menor condição socioeconômica tendem a ser mais vulneráveis, em função do custo relacionado ao cuidar, das condições desfavoráveis do ambiente domiciliar e a dificuldade dos familiares de compreender a dinâmica do cuidado. Essas questões acabam por influenciar negativamente a qualidade do cuidado e consequentemente a recuperação ou estabilização do paciente, e devem, portanto, ser consideradas nas políticas públicas.



O estudo mostrou as características dos pacientes com indicação de internação domiciliar e a obtenção de seus direitos socioassistenciais, além do perfil de seus cuidadores. Apesar do tempo mediano para desospitalização ser relativamente baixo, identificou-se tempo longo para alguns pacientes. Espera-se que o resultado deste estudo dê maior visibilidade à questão da internação domiciliar no setor público e contribua para que os direitos sociais previstos sejam garantidos.

Referências

ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Glauca. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde em Debate*, v.42, n.116, p. 225-236, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2416, de 23 de março de 1998*. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 10.424, de 15 de abril de 2002*. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006*. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.529, de 11 de outubro de 2006*. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.820, de 11 de agosto de 2009*. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1208, de 18 de junho de 2013*. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1505, de 24 de julho de 2013*. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013d. 2 v.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.290, de 21 de outubro de 2014*. Altera a Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. *Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa*. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2016b.

CARVALHO, Marília Sá; ANDREOZZI, Valeska Lima; CODEÇO, Claudia Torres. Estimativa não paramétrica. In: CARVALHO, Marília Sá; ANDREOZZI, Valeska Lima; CODEÇO, Claudia Torres (Org.). *Análise de Sobrevida: teoria e aplicações em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 93-152.





CARVALHO, Luis Claudio de. *A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

CZERESNIA, Dina. O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.39-53.

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 Pública*, v.24, n.3, p. 180-188, 2008.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio (Orgs.). *Educação, saúde e gestão*. São Paulo: Hucitec, 2011. p.99-113.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clelia Mozara; OLINISKI, Samantha Reikdal; TRUPPEL, Thiago Christel. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saude soc.* São Paulo, v.15, n.2, p. 88-95, 2006.

MARTELLI, Daniella Reis Barbosa; et al. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis*, v.21, n.1, p. 147-157, 2011.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; QUINTANA, Alberto Manuel; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; et al. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. *Texto contexto - enferm.* 2012; 21(3):591-599.

PAZ, Adriana Aparecida; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. *Rev. bras. Enferm.*, v.56, n.5, p. 538-541, 2003.

RAJÃO, Fabiana Lima; MARTINS, Mônica. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.25, n.5, p. 1863-1877, 2020.

SANTOS, Letícia Rosa; LEON, Casandra Genoveva Rosales Martins Ponce de; FUNGHETTO, Silvana Schwerz. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciênc. saúde coletiva*, v.16, Supl. 1, p. 855-863, 2011.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de; SEIXAS, Clarissa Terenzi; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública*, v.44, n.1, p. 166-176, 2010.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de; FEUERWERKER, Laura Camarço Macruz; et al. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. *Saúde Soc.* São Paulo, v.22, n.3, p. 773-784, 2013.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de; CASTRO, Wesley Souza. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaúcha Enferm*, v.38, n.4, p. e67762, 2017.

SIMÃO, Vilma Margarete; MIOTO, Regina Celia Tamaso. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde em Debate*, v.40, n.108, p.156-69, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Home-based and long-term care*. Home care issues at the approach of the 21th Century from a World Health Organization perspective. A literature review. Genebra: WHO/HSC/LTH/99.1; 1999. 267p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Palliative care* [Internet]. Geneva: WHO; 2020 ago 5. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf

Notas

- 1 Assistente social, com especialização em Direitos Humanos e Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/Fiocruz. Atualmente é assistente social do Hospital Federal Cardoso Fontes. Orcid nº 0000-0001-6903-7459. E-mail: lucianvicente@gmail.com
- 2 Psicóloga, com pós-doutorado em Epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisadora e docente do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Orcid nº 0000-0002-8690-9893. E-mail: vaniagianelli@yahoo.com.br
- 3 Psicóloga, com especialização em neuropsicologia clínica, doutorado em Saúde Coletiva e pós-doutorado em Epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Atualmente trabalha na Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede da Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância e como Pesquisadora e Docente do Curso de Mestrado Profissional de Controle do Câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA)/Ministério da Saúde. Orcid nº 0000-0002-2472-3444. E-mail:jtoma-zelli@gmail.com.



