

# O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina

*The palliative care and household in country of Latin America*

Vilma Margarete Simão<sup>1</sup>, Regina Celia Tamaso Miotto<sup>2</sup>

**RESUMO** O artigo analisa a assistência domiciliar em saúde dos três países da América Latina com maior gasto público social *per capita* no ano de 2013: Brasil, Argentina e Uruguai. Trata-se de estudo documental e bibliográfico sobre o cuidado paliativo em saúde na modalidade de internação domiciliar, tendo em conta as mudanças nas famílias latinas. A análise está estruturada em dois eixos: o contexto socioeconômico das famílias latinas e as características das políticas de desospitalização. Os resultados mostram pequena disponibilidade da mulher latina para o trabalho de cuidado na família e o reforço dessa modalidade de atenção às inequidades em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Cuidados paliativos; Política social; Gênero e saúde; Cuidadores; Assistência domiciliar.

**ABSTRACT** *The article analyzes home care service of the three Latin American countries with highest public social expenditure per capita in 2013: Brazil, Argentina and Uruguay. It is a documental and bibliographical study about palliative home care which takes into account the changes in Latin families. The analysis is structured along two axes: the Latin Families socioeconomic context and the de-hospitalization policies' characteristics. The results show low availability of Latin women for family care work and the strengthening of this type of attention to health inequities.*

**KEYWORDS** *Palliative care; Public policy; Gender and health; Caregivers; Home nursing.*

<sup>1</sup> Universidade Regional de Blumenau (Furb), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Blumenau (SC), Brasil. [simaovilma@gmail.com](mailto:simaovilma@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Programa de Pós-Graduação em Política Social - Pelotas (RS), Brasil. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Florianópolis (SC), Brasil. [regina.miotto@gmail.com](mailto:regina.miotto@gmail.com)

## Introdução

Desde 1996, o cuidado paliativo, por meio da internação domiciliar, tem sido foco de programas prioritários da Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa modalidade assistencial vem sendo recorrentemente indicada para atender às necessidades de pessoas com doenças crônicas e dependentes e é 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. Apesar de relevantes as justificativas para tal prática, outras discussões vêm confirmando que a sua adoção não pode ser realizada independentemente das análises acerca da sociedade contemporânea, especialmente da reconfiguração dos regimes de bem-estar social, a partir da edificação do bem-estar sob os preceitos do neoliberalismo. Nesse contexto de mudanças, a família ressurge como um ator fundamental no campo da provisão de bem-estar.

No campo do cuidado em saúde, ela é instada, apesar de suas transformações, a assumir grande parte desses cuidados, que podem vir a ser incorporados totalmente por ela, através do trabalho não pago de seus membros. (MIO-TO; DAL PRÁ, 2015, P. 168).

Na América Latina, este cenário se agrava quando é considerada a persistente desigualdade estrutural do continente e os impactos das políticas tipicamente neoliberais. De acordo com Soares (2001), a implementação de tais políticas, tanto por meio de medidas econômicas como por estratégias político-institucionais, têm efeitos duradouros e consequências sociais graves e permanentes. Nesse contexto, Sunkel (2006) salienta as transformações das famílias no continente e também a persistência do caráter 'familiarista' que permeia a sociedade e as políticas sociais latino-americanas. Historicamente,

de acordo com Aguirre (2009), o cuidado às pessoas aparece como atribuição precípua das famílias. Porém, as famílias mudam, as necessidades de cuidado não são as mesmas e tampouco as pessoas que podem prestá-lo o são. As alterações na fertilidade e o processo de envelhecimento da população têm impacto importante no tamanho, nas estruturas, na composição, nas relações e no bem-estar das famílias. Também, as transformações culturais e os processos de individualização e secularização diluem os laços tradicionais de família e afetam as demandas de cuidados e as possibilidades de satisfazê-los.

Tendo em conta tais considerações, este artigo analisa a Atenção Domiciliar (AD) em saúde como substituição das hospitalizações paliativas dos três países da América Latina com maior gasto público social *per capita* no ano de 2013 – Brasil, Argentina e Uruguai. As hospitalizações são consideradas paliativas porque as características das enfermidades crônicas, em geral, apresentam baixa expectativa de mudança e requerem a atenção continuada para evitar seu agravamento. Trata-se de estudo documental e bibliográfico sobre o cuidado paliativo na modalidade de internação domiciliar, tendo em conta as mudanças das famílias latino-americanas. Os subsídios percentuais analisados foram consultados e extraídos das bases de dados da Organização Latino Americana (OLA), Organização Internacional do Trabalho – Oficina Regional para América Latina e o Caribe (OIT-AL), Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), e das legislações em cuidados paliativos da Argentina, do Brasil e do Uruguai. Nesse debate, este trabalho foca em dois aspectos: o primeiro indica as questões populacionais e as transformações da família e do mercado de trabalho nos países sob estudo; o segundo discute como a questão do cuidado

às pessoas dependentes foi normatizado em tais países, objetivando enfatizar os cuidados paliativos. Em seguida, realizam-se as considerações finais.

## As transformações sociodemográficas e o cuidado em países da América Latina

As transformações sociodemográficas na sociedade latino-americana contemporânea indicam a crescente diminuição na fertilidade e, portanto, o decréscimo da população jovem dos países, assim como da escalada da expectativa de vida, com consequente aumento das pessoas idosas. A ampliação da população idosa tem provocado alta do número de pessoas com doenças crônicas. Então, assiste-se ao aumento crescente de demanda por cuidados em saúde nos serviços estatais, no mercado, na família. Nesse contexto, observa-se que é o envelhecimento da população que mais tem posto em evidência a questão do cuidado e destacado sua crise, atrelada, em grande medida, à luta das mulheres por autonomia e ao desvencilhamento do papel de cuidadoras da família.

De acordo com a projeção de envelhecimento publicada pela Cepal (2012) para o ano de 2050 na América Latina, o percentual da população com idade superior a 60 anos alcançará os 80%; e com mais de 80 anos, 42%. Em esperança de vida, os latinos vão alcançar, em média, 82,2 anos. Segundo a OCDE (2015), no atual *ranking* da proporcionalidade da população com mais de 65 anos na América Latina, o Uruguai ocupa o 1º lugar (25%), a Argentina o 2º lugar (19,2%), o Brasil vem em 6º (12,2%), considerado envelhecimento moderadamente avançado. O envelhecimento do Uruguai é recorde na América do Sul e próxima à dos países da Europa. Quanto à expectativa de

vida ao nascer, os três países não ocupam as melhores posições no *ranking* latino-americano: o Uruguai está em 5º lugar, com expectativa de 77 anos; a seguir, a Argentina ocupa o 7º, com expectativa de 76, 2 anos; e o Brasil está posicionado no 12º lugar, com expectativa de 73,8 anos.

Juntamente com os dados sobre envelhecimento da população, merecem destaque também os percentuais relativos à posição da mulher na sociedade latino-americana, que evidenciam a tendência crescente de inserção das mulheres no mercado de trabalho e a diminuição da dedicação exclusiva ao trabalho de cuidado na família. Segundo a OIT (2014), no ano de 2013, a taxa de ocupação das mulheres no mercado de trabalho remunerado na América Latina era, em média, de 42,69% – no Uruguai, 50,8%; no Brasil, 45,7%; e na Argentina, 43,5%. Segundo a mesma agência, também em 2014, o desemprego de mulheres na América Latina era de 6,2% – na Argentina, 8,6%; no Brasil, 8,5%; e no Uruguai, 8,3%. No entanto, há que se enfatizar que o maior empregador formal de mão de obra feminina continua sendo o cuidado da família. Na região latina, a média é de 16,4%; no Brasil, essa porcentagem é de 18%; na Argentina, 17,7%; no Uruguai, 51,9%. O alto percentual do Uruguai muito provavelmente se justifica no fato de ser o país latino com maior número de pessoas com mais de 60 anos.

Seguindo a tendência de diminuição do percentual de mulheres com dedicação exclusiva aos trabalhos de cuidado à família, a base de dados da Cepal (2014) faz referência aos percentuais de trabalhos de cuidado sem vínculo empregatício: na América Latina, 5,2%; no Uruguai, 0,9% (0,8% do sexo feminino); na Argentina, 0,5% (0,3% do sexo feminino); e no Brasil, 1,3% (0,8% do sexo feminino).

Além dos dados referentes ao envelhecimento e à posição da mulher na sociedade latino-americana, outro aspecto importante na organização social do

cuidado relaciona-se ao seguro social previdenciário, considerando que, no contexto do envelhecimento, cresce o percentual de trabalhadores inativos. Dados estatísticos apresentados pela Cepal (2012) demonstram que, na América Latina, mais de 80% dos trabalhadores e trabalhadoras não possuem qualquer acesso à previdência social, o que significa forte presença do trabalho informal, decorrendo insegurança econômica. Ainda segundo a Cepal (2012), tanto nas áreas urbanas como em áreas rurais, mais de um terço das pessoas de 65 anos ou mais não dispõe de ingresso em benefícios de pensão por idade e nem aposentadoria por tempo de contribuição. Na área urbana, somente duas em cada cinco pessoas maiores de 65 anos ingressaram em seguros sociais previdenciários.

Outro indicador de fragilidade de proteção social em países latinos é a grande presença de pessoas em situação de pobreza. Segundo a Cepal (2014), em 2013, a América Latina tinha 11% de pessoas em circunstância de pobreza extrema, 28% na condição de pobreza e 28% em situação de pobreza multidimensional<sup>1</sup>; o Brasil, 5,9% de pessoas em situação de indigência, 18% na condição de pobreza e 14,5% vivenciam carência multidimensional; o Uruguai, 0,9% de pessoas em situação de pobreza extrema, índice de pobreza de 5,7% e multidimensional de 9%; quanto à Argentina, apresenta 1,7% de pessoas em situação de pobreza extrema, 4,3% de pobreza e 8,1% vivenciam situações de pobreza multidimensional. No contexto latino do ano de 2012, na média de 18 países, 14,7% das pessoas viviam em estado de indigência e 32,9% na condição de pobreza. Por outro lado, o índice Gini demonstra 48,6% de concentração de riqueza na América Latina, com médias semelhantes para Argentina (47,5%), Brasil (55,3%) e Uruguai (38,3%).

Outros dados indicadores da fragilidade da organização social do cuidado no contexto da América Latina divulgados

pela Cepal (2012, 2014) são os percentuais do Produto Interno Bruto (PIB) de gasto público social no ano de 2010: na América Latina, 19,1%; na Argentina, 27,8%; no Brasil, 26,6%; e no Uruguai, 24,2%. O montante destinado aos cuidados em saúde desses percentuais é de 4,2% na América Latina, 6,2% na Argentina, 5,1% no Brasil e 5,5% no Uruguai. Percentuais mais elevados são destinados ao financiamento da previdência e assistência social: 9,1% na América Latina, 12,9% na Argentina, 13,8% no Brasil e 12,1% no Uruguai.

Considerando os percentuais resultantes do subsídio da previdência e os índices de elevação das taxas de envelhecimento populacional, pode-se dizer que é ainda atual a análise da cobertura da previdência feita pela Cepal e publicada no ano de 2005. Segundo esse organismo, num contexto de baixa cobertura de pensões da população idosa, a alta participação dos idosos na composição da força de trabalho ativa não corresponde a uma opção voluntária; é, sim, uma necessidade de garantia de um mínimo de recursos financeiros para a sobrevivência. Os analistas da OCDE (2015) lamentam que, no caso de países de menor desenvolvimento, os idosos se insiram em empregos informais com o intuito de relativizar suas vulnerabilidades socioeconômicas.

## Cuidados paliativos

Na organização social do cuidado, o regime de bem-estar adotado pelos países tem papel de destaque, podendo aumentar ou diminuir a responsabilização das famílias pelo cuidado às pessoas. Estudos demonstram que, entre outras causas, a maior longevidade e os determinantes socioeconômicos provocam o aumento do número de pessoas acometidas de doenças crônicas e o incremento de estadias hospitalares. Os defensores da assistência médica na modalidade Internação Domiciliar (ID) sustentam que,

<sup>1</sup> “O índice considera os seguintes indicadores: condições da habitação e de saneamento, padrão de vida (possibilidades para suprir necessidades humanas básicas e carência de bens duráveis), educação, desemprego e precária proteção social” (CEPAL, 2014, p. 19).

na prática diária hospitalar, é comum a necessidade de justificações de hospitalização prolongada de pessoas com doença crônica, que são por eles correlacionadas a aumento de complicações (infecções intra-hospitalares, depressão, aumento do grau de prostração) de difícil alteração do quadro clínico. Os defensores da ID descrevem que essa situação é mais presente entre pessoas mais idosas que sobrevivem a condições médicas em graus médio ou elevado de limitação às suas vidas diárias, sendo parcial ou totalmente dependentes de cuidados para sua sobrevivência. Argumentam eles que, para essas pessoas, é frequente o uso de sondas de alimentação, oxigênio, assistência respiratória não invasiva etc., dadas as respectivas patologias, cujo cuidado ambulatorial não é simples e requer controle periódico, porém menos exaustivo que a internação hospitalar. Por outro lado, os custos do sistema hospitalar de saúde são muito altos, além de existir uma tendência mundial de deixar as camas hospitalares para patologias agudas ou descompensadas.

Então, a ID vem sendo indicada como resposta às necessidades de atenção à saúde de cidadãos com doenças crônicas ou demandantes de Cuidados Paliativos em Saúde (CPS). Desde 1996, o CPS por meio de ID é foco de programas prioritários da OMS. Portanto, essa modalidade assistencial vem sendo veiculada como uma possibilidade em saúde e de cuidado integral. Isso porque, segundo seus defensores, ela está ligada a valores como os de convivência familiar e do entorno, afeto e responsabilidade partilhados com a família, portanto não exclusivamente médicas, e de descentralização hospitalar dos adoentados.

Os programas de CPS com o uso da ID preconizam critérios na sua utilização. Para maior controle dos riscos no ambiente domiciliar, são adotadas medidas de controle na hora de selecionar as pessoas para uma internação domiciliar: condições do domicílio quanto às suas instalações e entorno

familiar na predisposição para suportar as demandas de cuidado a uma pessoa internada domiciliarmente. Para prevenir riscos e agravos, é importante a educação sanitária da pessoa internada, de seu entorno familiar e da pessoa selecionada pela família para desenvolver os cuidados diários no domicílio. Quanto à equipe de profissionais que acompanhará as internações domiciliares, recomendam-se capacidade técnica e habilidade na transmissão de conhecimentos e informações essenciais ao grupo familiar para o desenvolvimento do cuidado diário. Outra importante recomendação quanto ao âmbito domiciliar prevê que a pessoa responsável pela prestação do trabalho de cuidado no domicílio deve ter capacidade para a tomada de decisões dentro de seus limites de conhecimento e poder trabalhar sem constante supervisão.

Com base em Orlando (2007), a modalidade de ID iniciou-se no ano de 1947 em Nova York como uma extensão do hospital ao domicílio da pessoa doente. As razões para criar essa primeira unidade eram descongestionar as salas hospitalares e proporcionar aos doentes um ambiente mais humano e favorável à sua recuperação. Desde então, há experiências desse tipo tanto nos Estados Unidos como na Europa, com estruturas e procedimentos adaptados a cada sistema de saúde.

Na América Latina, a prescrição sobre cuidados paliativos vem orientada pela Opa. Dentre seus associados, estão a Argentina desde 1937, o Brasil desde 1929 e o Uruguai desde 1928. Num contexto de debates e orientações, a Opa definiu 2010 como sendo o prazo cabal para que todos os países da região tivessem implementado o serviço de CPS às pessoas dependentes. O plano da Opa, com ênfase no cuidado paliativo, por consequência de câncer, apresenta regulamentação legal e conteúdo normativo semelhante às normativas internacionais de tratamento e cuidados paliativos para os países da América Latina.

Nos países latino-americanos aqui analisados, a instituição de regulamentação para cuidados médicos na modalidade de ID foi assim estabelecida: na Argentina, em 2000, com a Resolução nº 704; no Brasil, em 2006, com a Portaria nº 2.529; no Uruguai, em 2007, com a Lei nº 18.211. Portanto, os CPS como modalidade assistencial foram normatizados recentemente e, segundo Giovanella (2013), têm desenvolvimento incipiente nos três países. Além de incipiente, a modalidade de ID é mais desenvolvida no sistema privado de saúde. Contudo, considerando os estudos comparativos da política de saúde entre os três países, o Brasil e, a seguir, o Uruguai organizam a modalidade de ID no sistema público com acesso universal.

Conforme Pastrana *et al.* (2013) na obra intitulada 'Atlas de cuidados paliativos', dentre os serviços de cuidado paliativo com AD, há 14% na Argentina, sendo que o maior percentual (53%) concentra-se em equipes de apoio hospitalar; no Brasil, são 26% e 23%, respectivamente, significando que o maior apoio aos cuidados domiciliares está na AD; no Uruguai, 30% em unidades hospitalares e 61% em equipes multinível, ou seja, em diferentes níveis de atenção.

### O cuidado domiciliar paliativo em saúde no Uruguai, na Argentina e no Brasil

Discutir os CPS nos países e sua incorporação na agenda pública possibilita o reconhecimento da orientação neoliberal no cuidado à saúde. As legislações dos países em análise incorporam o cuidado de diferentes formas e com diversas nomenclaturas. Apesar das formas e denominações diferenciadas, tais países incluem entre suas políticas públicas o cuidado domiciliar por meio da ID, e como justificativa de cuidado integral, argumentando a importância do entorno social: família, amigos, vizinhos etc. como auxiliares no bem-estar

psicossocial da pessoa do cuidado. Com a finalidade de explicitar semelhanças e diferenças, apresenta-se, nos próximos itens, uma breve revisão dos marcos das legislações do Uruguai, Brasil e Argentina.

#### URUGUAI

A Lei nº 18.211, em seus art. 2º e 4º, destaca os CPS e o Capítulo IV, que trata da *Red de Atención en Salud*, no art. 36, regula a AD no nível de atenção primária em saúde. No art. 37, descreve as ações do nível de atenção secundária centrada na hospitalização, prevista, inclusive, para pessoas com doenças crônicas que comumente são dependentes de cuidado para realização de atividades cotidianas:

[...] está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. (URUGUAY, 2007).

No país uruguaio, embora as instituições de saúde já tivessem organizado o serviço de cuidado paliativo desde o ano de 1985, o incremento de equipes aconteceu a partir do ano de 2005 e a normatização estatal do serviço aconteceu em 2013, com a resolução nº 957, que define o Plano Nacional de Cuidados Paliativos. Contudo, o Estado uruguaio já vinha organizando serviços de CPS por meio do Programa Nacional de Adulto Maior, gerenciado pelo Instituto Nacional de Adulto Maior, criado pela Lei nº 18.617, promulgada em outubro de 2009 (URUGUAY, 2013). No entanto, segundo Pugliese (2011), o Estado uruguaio desenvolve assistência médica domiciliar por meio da atenção básica e não possui serviço público de cuidados domiciliares a pessoas dependentes. Tais cuidados são realizados de maneira informal e não remunerada principalmente por familiares mulheres, e de

maneira formal e remunerada por trabalhadores autônomos e empresas de serviços de acompanhamento.

O Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), organizado pelo Ministério de Saúde do Uruguai, adota o conceito orientativo de qualidade de vida das pessoas dependentes de cuidado e seus familiares por meio de ações de prevenção e alívio de sofrimento. Sugere a precoce identificação da enfermidade e, conseqüentemente, de seus desdobramentos na condição de vida da pessoa e seus familiares, com alívio de sofrimento da dor física, psicológica, relacional, espiritual e outros. O público para o cuidado paliativo são pessoas que enfrentam dificuldades associadas à doença crônica ou debilidade física por idade avançada e geradora de perda de autonomia para o desenvolvimento de atividades cotidianas de autocuidado.

Quanto às modalidades de atenção médica previstas no plano, são do tipo internação hospitalar, ID ou atenção ambulatorial em domicílio. Portanto, o PNCP se propõe a assegurar cobertura universal em CPS em todas as fases da vida e tipos de doenças degenerativas da autonomia individual. Nesse sentido, o PNCP se orienta pelo princípio da integralidade do cuidado, equidade social e integração da família no processo de cuidado, e, na condição de objeto do programa, é o cuidado paliativo em saúde.

Com a regulamentação do PNCP, passa a ser exigida de todas as prestadoras de serviço de saúde a presença de equipes para prestação de CPS, de forma direta ou por meio de convênios. A composição básica das equipes deve ser de profissionais da medicina e enfermeiros, para intervenção em hospitais e ambulatorios, mais psicólogos e trabalhadores sociais para atenção à pessoa do cuidado e familiares nos diferentes espaços dos níveis de atenção.

É importante destacar a preocupação do PNCP com o cuidado dos cuidadores

familiares. Para tanto, determina a prevenção da sobrecarga de familiares e cuidadores com a designação de equipes de CPS em diferentes níveis de atenção: suporte hospitalar, ambulatorial (consultório e domicílio), unidade de saúde em cuidado paliativo integral e conectado à rede de atenção paliativa e unidades de referência para CPS. Desse modo, o PNCP propõe a formação de uma rede de assistência paliativa nacional.

Outro programa uruguaio que também contribui no CPS é o Programa Nacional de Adulto Maior (PNAM). Segundo a fonte Uruguay (2005), 30% dos adultos com mais de 60 anos sofrem de três ou mais doenças crônicas, aumentando a probabilidade de incremento da dependência – e aproximadamente 20% vivem sozinhos. Além do mais, os dados estatísticos levantados por organismos oficiais do país indicavam que de 20% a 30% dos adultos maiores de 65 anos não possuíam autonomia para o desenvolvimento de atividades diárias essenciais à sobrevivência humana – comer, higienizar-se, vestir-se, caminhar e deitar-se. Considerando tal realidade, o PNAM veio para intensificar o cuidado às pessoas idosas e, ao mesmo tempo, prestar assistência à saúde em seus diferentes níveis de atenção às pessoas maiores de 60 anos.

O cuidado desenhado pelo PNAM é intersetorial e, no que concerne ao setor da saúde, se dá por meio de serviços de centros diurnos, atenção geriátrica domiciliar, unidades de reabilitação e unidades de evolução geriátrica. Ou seja, há cuidado numa rede de serviços de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, objetivando a manutenção ou o restabelecimento da independência do adulto maior.

Para atingir o objetivo da independência do adulto maior, o PNAM define como corresponsáveis o próprio adulto, as famílias, grupos comunitários, setor privado e o Estado em suas diferentes esferas, ou seja, família, Estado, mercado e sociedade.

É importante destacar que o PNAM

define como espaço estratégico a atenção primária de atenção à saúde de pessoas maiores. Ela é que deve fortalecer a atenção à população envelhecida. A responsabilização e, ao mesmo tempo, a centralidade da política pública no cuidado à saúde no nível da atenção básica não são particularidades do Uruguai. Afinal, a atenção primária ou básica demanda baixa complexidade tecnológica e baixo desdobramento na acumulação de capital; portanto, é pouco ou quase nada disputada pelo capitalista que mercantiliza o cuidado à saúde.

Por outro lado, os gastos públicos com o restabelecimento da saúde por meio dos serviços terciários representam dispêndio de recursos estatais e, na lógica neoliberal, o Estado deve estar organizado no máximo para o capital e no mínimo para o cuidado social às pessoas. Então, a desospitalização de pessoas acometidas de doenças crônicas é custo não retornável e geralmente demandante de recursos também disponíveis fora dos hospitais. Na existência de contrapartida do Estado e baixo retorno ao capital, é permissível o cuidado no próprio domicílio. Não isento desse contexto, o PNAM tem como objetivo a desospitalização de pessoas que muito provavelmente estarão excluídas do universo da população economicamente ativa.

Evite las internaciones inapropiadas, potenciando los sistemas alternativos de detección de ancianos frágiles en el primer nivel de atención, contando con centros diurnos, visitas a domicilio, etcétera. (URUGUAY, 2005, P. 11).

Favorecer la creación de servicios que apunten a un cambio de modelo intra hospitalario con un enfoque preventivo y rehabilitador desde la internación, que permita la reinserción del adulto mayor en la comunidad y la disminución de costos de estadía hospitalaria. (URUGUAY, 2005, P. 16).

Sobre tal intencionalidade, também

pode ser transcrita a análise da socióloga uruguaia:

La crisis de los estados latinoamericanos y los cambios en las políticas sociales en las últimas décadas tienen como efecto privatizar la responsabilidad por el bienestar, transfiriendo tareas del Estado hacia las familias. (BATHYÁNY, 2001, P. 225).

## BRASIL

A primeira normatização da ID para o sistema de saúde no Brasil é datada de 2006, com a Portaria nº 2.529 (BRASIL, 2006). Mas, em 2011, o Estado brasileiro fez alterações regulamentais e de nomenclatura, estabelecendo parâmetros para a assistência médica domiciliar em diferentes níveis de complexidade do cuidado, conforme Portaria nº 2.527, que instituiu a AD e a incluiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a desospitalização continua a ser um dos eixos centrais da assistência domiciliar. Essa portaria diz que a AD configura-se como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de assistência à saúde prestada em domicílio (BRASIL, 2011).

Esta Portaria nº 2.527 foi substituída, em 2013, pela de nº 963, que também trata da organização do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), definindo-o como serviço ‘substitutivo ou complementar à internação hospitalar’ ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emads) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emaps). Com a nova regulamentação da modalidade de cuidado domiciliar, o serviço de AD poderá estender-se a todo território brasileiro. Conforme art. 10º, para organização do SAD, os municípios deverão ter população igual ou superior a 20 (vinte)

mil habitantes. Ampliando ainda mais a cobertura, de acordo com a portaria, os municípios que, agrupados, somam população igual ou superior a 20.000 habitantes, podem também constituir um SAD (BRASIL, 2013).

A partir da referida portaria, a AD, no âmbito do SUS, é definida em três modalidades – AD1, AD2 e AD3 –, segundo a caracterização da condição de saúde da pessoa do cuidado. Essa caracterização tem como base o tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado. A diferença entre uma e outra é a complexidade do cuidado requerido pela condição de saúde da pessoa a quem se direcionam as ações de cuidado profissional domiciliar. Portanto, todas as ADs são dirigidas a pessoas com problemas de saúde, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde ou que demandam ações de cuidado de profissional de saúde.

A AD1 difere-se por ser dirigida a pessoas que demandam cuidado de profissional de saúde com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e os profissionais responsáveis por ela são aqueles que compõem as equipes de atenção primária. Já a AD2, destina-se a pessoas que necessitam maior frequência do cuidado profissional, recursos de saúde e acompanhamento contínuos. Quanto à AD3, difere-se porque é destinada a pessoas que, além de impetrar cuidado profissional ininterrupto e sem autonomia de locomoção, fazem uso contínuo de equipamentos de saúde.

Na AD2 e AD3, a prestação de assistência é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap), ambas constituídas e designadas para essa finalidade. Prevenindo-se situações de emergência, deverão ser garantidas disponibilidade de transporte sanitário e retaguarda de serviços de urgência e emergência nas 24 horas do dia. Além das equipes profissionais, na modalidade de

AD2 e AD3, é indispensável um cuidador indicado pela família. Esse cuidador será orientado pela equipe de profissionais para exercer atividades de cuidado à saúde da pessoa admitida no programa de assistência domiciliar. Por cuidador, a Portaria entende a pessoa, com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o sujeito do cuidado em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

A Emad é composta por um médico, um enfermeiro e um fisioterapeuta ou um assistente social com carga horária de trabalho de 40 horas semanais cada e quatro auxiliares ou técnicos de enfermagem com carga horária de trabalho de 40 horas por semana.

Quanto à periodicidade das visitas da Emad às pessoas atendidas pela AD, o art. 32 §1º determina que sejam realizadas visitas em domicílio regularmente, no mínimo uma vez por semana. Para adequado funcionamento de uma Emad, o art. 11 define como parâmetro de referência o cuidado concomitante de, em média, 60 usuários. Além da Emad, o SAD deverá contar com uma Emap composta por, no mínimo, três profissionais de saúde de nível superior com carga horária semanal mínima de trabalho de 30 horas, escolhidos de acordo com a necessidade local entre as seguintes categorias profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

As atividades da Emap são de matriciamento às Emads e de visitas em domicílio realizadas segundo critério clínico ou quando solicitado pela Emad.

Quanto à exclusão de usuários, é prevista para aqueles com maior exigência de assistência vinculada à tecnologia, medicação complexa e demanda cirúrgica – casos mais apropriados para internação hospitalar. Porém, há outro critério de exclusão do SAD que circunda o objeto deste artigo: inexistência de cuidador familiar contínuo. Por outro lado, a exigência de permanência, no

ambiente doméstico, de cuidador responsável em tempo integral identifica situação de dependência de outro para as atividades de cuidado diário ou mesmo de aparelhagem e de assistência médica contínua. Esse tipo de modalidade de cuidado é identificado na literatura como internação domiciliar.

Dentre as atribuições das equipes das três modalidades de AD previstas no art. 19 da Portaria nº 963, destacam-se: identificar e treinar os familiares ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados; abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares ou cuidador como parte do processo de AD; promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares ou cuidador da pessoa internada domiciliarmente. Em tais atribuições, fica claro que a equipe de profissionais terá como maior atribuição a preparação do cuidador familiar para a execução da assistência à pessoa vinculada ao SAD.

Considerando que uma pessoa incapacitada, temporariamente ou não, dependente de cuidados médicos e internada domiciliarmente precisará de um cuidador 24 horas por dia, pergunta-se: como fica a vida profissional e pessoal desse cuidador familiar que desenvolve o serviço sem reconhecimento financeiro e sem tempo para exercer atividade remunerada ou de autocuidado? Nos dias atuais, é comum que todos os membros da família exerçam atividade remunerada, e que tais rendimentos componham o orçamento familiar. No caso em que a pessoa adoecida é contribuinte da Previdência Social, sua família pode contar com a pensão previdenciária. Porém, em relação ao cuidador, a realidade tem demonstrado que o fará sem remuneração e sem proteção social, o que, na maioria das vezes, significa redução de rendimentos. Ainda concernente às finanças, a existência de doença na família geralmente implica aumento de gastos, seja com alimentação diferenciada ou com

ajustes do ambiente domiciliar às exigências do cuidado à saúde (gastos de energia elétrica pelo uso de equipamentos ‘hospitalares’, colchões e camas adequadas etc.). Com o estabelecimento do SAD, fica clara a transformação do interior do domicílio das famílias como parte da rede de serviços de saúde, contudo, sem previsão de recurso advindo do orçamento do Estado.

A difusão dessa modalidade de prestação de serviços ocorre, no setor privado, há pelo menos duas décadas. E apesar de, no Brasil, a assistência médica domiciliar no SUS ser recente, conforme informação fornecida por meio de e-mail pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar, em outubro de 2015 havia 309 equipes de AD implantadas.

Quanto às pesquisas a respeito de tais experiências, as publicações demonstram que a maioria concentrou-se nos processos de trabalho das equipes, algumas na sobrecarga de trabalho do cuidador responsável e outras na tipificação do trabalho de cuidador como formal e informal. Sendo assim, é possível dizer que há ausência de estudos que abordem o impacto da transferência do cuidado de pessoas em situação de dependência para as famílias contemporâneas.

## ARGENTINA

A assistência domiciliar às pessoas dependentes de trabalho de cuidados médico e de trabalho de cuidado doméstico é regulamentada na Argentina pela Resolução 7.004/2000. O serviço de ID está vinculado ao Programa Nacional de Garantia de Qualidade de Atenção Médica, gerenciado pelo Ministério da Saúde (ARGENTINA, 2000).

Segundo tal resolução, o serviço de ID argentino se propõe à prestação de assistência médica no domicílio, em rede com os outros níveis de atenção. Justifica esse procedimento afirmando que a manutenção da pessoa cuidada em seu ambiente familiar e social evita a hospitalização, que atua como fator de desestabilização familiar. Postula

claramente o seu objetivo de diminuição de dias de internação como estratégia de aumento da disponibilidade de leitos. Seus objetivos se assemelham em muito aos identificados nos programas do Brasil e Uruguai. No entanto, apresenta diferenças importantes na organização do serviço.

Na Argentina, a ID depende do nível de risco à saúde da pessoa a ser cuidada e os serviços podem ser dependentes de um hospital. Em caso do nível de risco à saúde ser classificado como I, a decisão da ID caberá à direção hospitalar. Nos casos com classificação de risco II, a decisão pela ID poderá ser realizada pela equipe de internação – programática ou ambulatorial de hospitais – com a devida avaliação das condições da família e do ambiente doméstico. Sendo assim, a ID é feita pelo nível de atenção terciária e dependerá da complexidade do cuidado demandado pela condição biopsicossocial da pessoa sob cuidado.

Além disso, existe a possibilidade de as instituições de saúde contratarem equipes externas, e não necessariamente equipes de seu próprio quadro de trabalhadores de saúde. Os serviços podem ser contratados de estabelecimentos de saúde privados, obras sociais ou de empresas de saúde privadas destinadas à prestação de serviços de ID. Por isso, a resolução exige que todos os serviços de ID que não sejam próprios dos hospitais estejam inscritos e habilitados nas diferentes jurisdições e organismos competentes para certificação e autorização da respectiva prestação de serviço (ARGENTINA, 2000).

Existem também exigências em relação à estrutura dos serviços. Para seu funcionamento, estão previstos: a) recursos físicos: além de espaço para recepção, sanitários, deve haver espaço com condições de desenvolvimento de tarefas administrativas, organização e arquivo de documentos, para instalação de equipamentos e depósito de insumos indispensáveis para seu funcionamento; b) equipamento: de comunicação rápida entre o serviço, pessoa cuidada e

familiar, equipamento e instrumental médico necessário e suficiente de acordo com o nível de risco e a complexidade em que atua; c) equipe: médico diretor, médico coordenador assistencial, médico assistencial, enfermeiro coordenador da enfermaria, enfermeiro, cinelesiólogo, nutricionista, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo e cuidador domiciliar (ARGENTINA, 2000). Como afirma Pastrana *et al.* (2013) no 'Atlas de cuidados paliativos', há na Argentina 21 equipes de ID devidamente autorizadas.

A resolução não prevê a exigência de transporte de emergência em caso de necessidade de reospitalização. Também não deixa claro se o trabalho do cuidador domiciliar é formal ou informal. Isso possibilita a utilização de familiar para o cuidado domiciliar, desobrigando instituições privadas do pagamento do trabalho de cuidado no domicílio, o que, pelas tarefas respectivamente designadas, exige dedicação integral. Sobre essa questão, Pugliese (2011) ressalta que a remuneração de cuidadores familiares é uma alternativa a ser estudada por formuladores de políticas públicas, em forma de subsídio, conforme política aplicada em países como Espanha e Costa Rica.

## Considerações finais

A modalidade de ID relativa aos cuidados paliativos faz parte da agenda de discussão da política de saúde para os países latino-americanos que, sendo justificada pelos altos custos das internações hospitalares, busca saída para otimização dos recursos financeiros. Se, por um lado, a ID pode diminuir gastos hospitalares, de outro, pode aumentar os custos do cuidado em saúde na família. Pesquisas mostram que as famílias latinas que usam exclusivamente sistemas públicos para o cuidado médico são aquelas com maior vulnerabilidade econômica.

Considerando as legislações dos países analisados e ponderando as questões que

circundam a família, é possível duvidar da viabilidade histórica da ID sem prejuízo do bem-estar da pessoa do cuidado e de sua família. Os dados coletados nos diferentes documentos demonstram, por um lado, a clara intenção dos Estados uruguaio, argentino e brasileiro de diminuir gastos com o cuidado a pessoas com doenças crônicas ou demandantes de cuidados paliativos e, por outro lado, a fulgente exigência de um cuidador cotidiano de responsabilidade da família. Isso significa tanto a transferência dos custos do cuidado para as famílias como a produção de significativas alterações na organização e nos modos de vida das famílias, o que implica, muito mais vezes do que se imagina, abrir mão do trabalho remunerado. Então, há de se questionar a efetividade da modalidade de ID em sistemas públicos de saúde sem suplementação de renda para o cuidador da família responsável pelo cuidado, bem como pelos custos advindos das alterações no ambiente doméstico necessárias para a ID.

Em suma, a redução do gasto público é feita por meio da transferência de custos para a família de um cuidado, que só gera despesa e não oferece perspectiva de retorno em forma de capital. Capital só é possível com a extração de mais valor; e no caso do serviço de ID, a extração envolve o trabalho informal

do cuidador familiar. Afinal, com a pessoa do cuidado hospitalizada ou desospitalizada, a indústria de medicamentos manterá os seus ganhos com o consumo de insumos medicamentosos, ou seja, com a mercantilização do cuidado paliativo.

Nessa perspectiva, a presença da ID parece constituir-se claramente numa estratégia decorrente dos preceitos neoliberais. A assunção dos custos do cuidado pela família é inversamente proporcional ao grau de compromisso do Estado com a provisão pública de benefícios à família. Essa é uma ação típica de Estados liberais, que limitam cada vez mais a política pública, tendência que domina a nova ordem econômica e social.

Os dados demonstrados ao longo do texto reafirmam o que autores (BELLO, 2009, AGUIRRE, 2009, BATTHYÁNY, 2001, DALY; LEWIS, 2000) vêm alertando: o seguro social contributivo, as políticas de privatização de serviços de saúde, a extinção de provisão pública de atenção à saúde e estratégias de contenção de gasto público, como a redução de leitos hospitalares, fazem parte das decisões de reforma neoliberal que encaixa o setor de saúde no ideário de mercado, anti-intervenção estatal e pró-responsabilização da família pelo cuidado. ■

## Referências

AGUIRRE, R. Hacia políticas de corresponsabilidad en los cuidados. In: FASSLER, C. (Org.). *Hacia un sistema nacional integrado de cuidados*. Montevideo, Uruguay: Trilce, 2009.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. *Normas de organización y funcionamiento de servicios de internación domiciliaria*. Cuidados Paliativos: Resolución 704/2000. Buenos Aires, 2000.

BATTHYÁNY, K. El trabajo de cuidados y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección

de demandas. In: AGUIRRE, R; BATTHYÁNY, K. (Org.). *Trabajo, Género y Ciudadanía en los países del Cono Sur*. Montevideo: Oficina Internacional del Trabajo (OIT), UDELAR, Cinterfor Grupo Montevideo, 2001.

BELLO, A. H. El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, Bogotá, v. 8, n. 17, p. 173-185, jun./dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar

no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html)>. Acesso em: 9 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. 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] União*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: 9 nov. 2015.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile, 2005.

\_\_\_\_\_. *Panorama Social de América Latina*. Santiago, Chile, 2012.

\_\_\_\_\_. *Panorama Social de América Latina*. Santiago, Chile, 2014.

DALY, M.; LEWIS, J. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, v. 51, n. 2, 2000.

GIOVANELLA, L. *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, 2013.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Org.). *Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Cortez, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

(OPAS). *Plano de Ação da OPAS para prevenção e controle do câncer*. Reunião de interessados diretos. Washington, DC, 2008.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Um panorama dos sistemas previdenciários na América Latina e no Caribe*. Banco Mundial: Brasília, DF, 2015.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). *Panorama Laboral 2014*. Lima, Peru: OIT/ Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2014.

ORLANDO, A. *et al. Internacion domiciliaria: herramienta de la Auditoria Médica*. 2007. 21 f. Monografía (Curso de Auditoria Medica Hospital Alemán), 2007. Disponível em: <<http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Internaciondomiciliaria.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

PASTRANA, T. *et al. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica*. Houston: IAHPC Press, 2013. (Edición cartográfica).

PUGLIESE, L. Programas y servicios para el cuidado de las personas adultas mayores dependientes. Primera parte: revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección. *Asesoría General en Seguridad Social: Banco de Previsión Social*. Montevideo, Uruguay, 2011. (Comentarios de Seguridad Social).

SOARES, L. T. R. Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil. In: SADER, E. (Org.). *El ajuste estructural en américa latina costos sociales y alternativas*. Grupo de Trabajo Economía Internacional. Buenos Aires: CLACSO, 2001. (Colección Grupos de Trabajo de CLACSO).

SUNKEL, G. *El papel de la familia en la protección social*. CEPAL: Division de Desarrollo Social. Chile, 2006. (Políticas Sociales, 120).

URUGUAY. Ley nº 18.211. *Sistema nacional integrado de salud normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación*. El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, 2007. Disponível em:

<[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=146&Itemid=241](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=146&Itemid=241)>.

Acesso em: 11 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud Pública. Dirección general de la salud. *Programa Nacional del Adulto Mayor*. Uruguay, 2005. Disponível em: <[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa\\_Adulto\\_Mayor%5B1%5D.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud Pública. *Plan Nacional de*

*Cuidados Paliativos*. Montevideo, 2013. Disponível em: <<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/PLAN%20NACIONAL%20CP%20VERSION%20SETIEMBRE%202013.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2014.

---

Recebido para publicação em maio de 2015  
Versão final em novembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve