



DESAFIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR SOB A PERSPECTIVA DA REDUÇÃO DE CUSTOS/RACIONALIZAÇÃO DE GASTOS
CHALLENGES OF HOMECARE FROM THE PERSPECTIVE OF COST REDUCTION/EXPENDITURE OPTIMIZATION
RETOS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA BAJO LA PERSPECTIVA DE LA REDUCCIÓN DE COSTES/RACIONALIZACIÓN DE GASTOS

Kênia Lara Silva¹, Roseni Rosangela de Sena², Laura Camargo Macruz Feuerwerker³, Paloma Morais Silva⁴, Ana Carolina Silva Martins⁵

RESUMO

Objetivo: analisar os serviços de atenção domiciliar em saúde sob a perspectiva de custos. **Método:** trata-se de estudo com abordagem qualitativa realizado em 13 serviços de atenção domiciliar. Foram realizadas entrevistas com gestores desses serviços e acompanhamento de casos. Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o parecer ETIC n. 0555/07. **Resultados:** a redução de custos ocorre principalmente por meio da transferência de custos e responsabilidades de operadoras de planos privados para a família e para o sistema público de saúde. Nos serviços públicos, a racionalização também se dá por transferência de gastos para as famílias. **Conclusão:** a atenção domiciliar requer regulamentação que amplifique seu potencial inovador na produção do cuidado e, ao mesmo tempo, proteja os usuários e seus direitos. **Descritores:** serviços de atenção domiciliar; assistência domiciliar; custo.

ABSTRACT

Objective: analyze homecare services from the perspective of costs. **Method:** this study has a qualitative approach and it was conducted in 13 homecare services. Interviews were held with managers from these services and some cases were followed up. Data were treated by means of thematic content analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais (UFMG), under the opinion ETIC 0555/07. **Results:** cost reduction occurs mainly through the transfer of costs and responsibilities of operators of private health insurance plans to the family and the public health care system. In public services, optimization also occurs by transfer of costs to the families. **Conclusion:** homecare requires a regulation that increases its innovative potential for producing care and, at the same time, protects users and their rights. **Descriptors:** homecare services; homecare; cost.

RESUMEN

Objetivo: analizar los servicios de atención domiciliar en salud bajo la perspectiva de costes. **Método:** esto es un estudio con abordaje cualitativo realizado en 13 servicios de atención domiciliar. Se llevaron a cabo entrevistas con gestores de esos servicios y seguimiento de casos. Los datos fueron tratados por medio del análisis de contenido temático. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG), bajo la opinión ETIC 0555/07. **Resultados:** la reducción de costes se produce principalmente a través de la transferencia de costes y responsabilidades de operadoras de planes privados para la familia y para el sistema público de salud. En los servicios públicos, la racionalización también se produce por transferencia de gastos para las familias. **Conclusión:** la atención domiciliar requiere regulación que amplifique su potencial innovador en la producción de la atención y, al mismo tiempo, proteja a los usuarios y sus derechos. **Descriptores:** servicios de atención domiciliar; atención domiciliar; coste.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: kenialara17@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: rosenisena@uol.com.br; ³Médica. Livre-Docente em Saúde Pública. Professora na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo (SP), Brasil. E-mail: laura.macruz@usp.br; ⁴Enfermeira. Mestranda na UFMG. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (Nupepe). Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: palomamorais@ymail.com; ⁵Enfermeira. Membro do Nupepe. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: anacarolinasilvamartins@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde expandiu-se mundialmente nas últimas décadas. Essa tendência verificada em vários países do mundo foi motivada pela necessidade de racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado baseada na humanização, em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar.^{1,2}

No Brasil, as experiências sistematizadas de serviços de atenção domiciliar foram intensificadas a partir de 1990, com um crescimento vertiginoso.³ Este está em consonância com os movimentos internacionais de busca de alternativas orientadas à racionalização de gastos.¹ Essa motivação está profundamente implicada na expansão de serviços domiciliares tanto no setor privado como no setor público. A redução dos custos observada por meio da assistência domiciliar justifica-se pela diminuição do tempo médio de permanência nas instituições de internação, redução do número de reinternações, aumento da adesão ao tratamento do paciente sob assistência domiciliar¹, em consequência de haver maior apropriação e singularização por parte da família e da equipe em relação às situações vividas e aos modos de enfrentá-las.

A transferência da assistência ao usuário do âmbito hospitalar para o domiciliar tem implicado também a transferência à família da responsabilidade pelos diversos custos materiais acarretados pelo tratamento em domicílio.⁴ Além disso, exige dos familiares capacidades emocionais para participar ativamente do processo de trabalho característico da assistência domiciliar.⁵

O cuidado domiciliar é uma das modalidades de atenção com potencial para contribuir para a construção de arranjos organizativos da atenção orientados pela integralidade.^{2,6} A assistência à saúde no domicílio desenvolvida por uma equipe multiprofissional e por cuidadores informais, como familiar, amigo, membro da comunidade, pode representar, por um lado, um esforço de construção de novos arranjos de atenção que favorecem uma abordagem integral e equânime, de modo compartilhado entre equipe, cuidadores e usuários, favorecendo a qualidade de vida e a autonomia de usuários e cuidadores.⁶

Ao mesmo tempo, a assistência domiciliar favorece a redução dos custos operacionais dos serviços, na medida em que proporciona recuperação mais rápida, diminuição de

complicações infecciosas, etc., mas, sobretudo, porque junto com o paciente também são transferidos muitos custos, sejam diretos, tais como os gastos com materiais e medicamentos, como indiretos, advindos da carga de trabalho e das oportunidades perdidas de vida do cuidador e da família ao assumir o cuidado domiciliar.^{2,6} Diante do exposto, este estudo teve por objetivo analisar os serviços de atenção domiciliar em saúde, sob a perspectiva de custos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada por meio do estudo de casos para apreensão da realidade assistencial da atenção domiciliar. O cenário do estudo foi composto por instituições que ofereciam a atenção domiciliar na capital, Belo Horizonte, e nos municípios de Contagem e Betim, no estado de Minas Gerais, Brasil.

Na primeira fase do estudo foi realizado mapeamento das instituições que ofereciam atenção domiciliar (AD) nos 3 municípios. Foram identificadas 52 instituições, das quais 41 responderam ao questionário estruturado que visava à sua caracterização geral. Desse conjunto, 13 instituições foram incluídas na segunda fase do estudo, para análise em profundidade, por atender aos seguintes critérios: serviços com organização da atenção definida por abrangência territorial sistematicamente delimitada, serviços com tempo de existência superior a 2 anos e serviços que operavam com uma equipe multiprofissional.

Nas 13 instituições, 5 operadoras privadas de planos de saúde (serviços AD4, AD7, AD11, AD12 e AD13) e 8 instituições públicas, (serviços AD1, AD2, AD3, AD5, AD6, AD8, AD9 e AD10), foram realizadas entrevistas, orientadas por roteiro semiestruturado, com os gestores e/ou coordenadores dos serviços de atenção domiciliar. No momento da entrevista foi solicitada a indicação de um caso para acompanhamento no domicílio, o que possibilitou a captação, interpretação e aprofundamento do objeto de investigação *in loco*. Posteriormente, foi realizada análise dos casos indicados, na qual foram realizadas entrevistas e observações dos cuidadores, familiares e pacientes. Os dados foram tratados pela análise de conteúdo temática.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o parecer ETIC n. 0555/07, em concordância com a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A análise dos dados permitiu identificar 2 categorias temáticas que revelam 2 aspectos relevantes quanto à análise da redução de custos proporcionada pela atenção domiciliar, quais sejam, a racionalização de custos e a transferência de custos e responsabilidades.

A análise dos dados permitiu compreender que há um componente econômico-financeiro importante na decisão de adotar a atenção domiciliar como uma modalidade de organização do cuidado, tanto no setor público como no setor privado.

Na saúde suplementar, em vários casos, há a identificação de uma população que sobreutiliza serviços, provavelmente por não conseguir atingir o bem-estar desejado por meio da oferta habitual de acompanhamento (médico). Essa situação é evidenciada pelo uso frequente do pronto-socorro ou por reinternações. Para as operadoras, essas situações implicam gastos considerados excessivos. Diferentes modalidades de atenção domiciliar são, então, propostas como alternativas para a “gestão de casos mais complexos”, que requerem a interferência de uma equipe multiprofissional e/ou um acompanhamento mais próximo.

Como a gente era gestor hospitalar e era gestor também de uma operadora grande de saúde, a gente vê que os custos estavam concentrados em pacientes, nos mesmos pacientes, pacientes crônicos, pacientes de prognósticos já definidos, pacientes reinternando periodicamente com dificuldade de manutenção do seu quadro clínico em casa, então, como instrumento de gestão a gente criou esse serviço, na época não existia aqui, nos criamos esse serviço com a intenção de manter esses pacientes em domicílio, melhorando a qualidade de vida, diminuindo custos da operadora. (Gestor do serviço AD7)

[...] O custo pra operadora [com a atenção domiciliar] é três vezes menos do que com a internação hospitalar, né, porque não tem diárias de hospital, a gente paga o técnico e isso também gera um custo, mas assim é bem menor. Geralmente, pra família, é muito melhor ter o paciente dentro de casa. Fora os riscos etc. (Gestor do serviço AD12)

No Sistema Único de Saúde (SUS) não foram apresentados estudos de custos. O tema da racionalização de gastos está mais orientado à utilização mais eficiente dos recursos existentes. Assim, foi mais frequente argumentar sobre a oportunidade de adoção da atenção domiciliar pela necessidade de aumentar a rotatividade dos leitos hospitalares existentes (por meio da alta precoce) ou de reservar os leitos hospitalares

para casos em que há instabilidade clínica (evitando determinadas internações). Em alguns casos, a atenção domiciliar está vinculada organicamente aos serviços de pronto-atendimento, sendo considerada uma estação dentro da rede de urgência/emergência.

No setor público e no privado, o componente de racionalização da oferta de cuidados é também associado à possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos usuários e dos familiares de usuários que requerem cuidados constantes.

O estudo permitiu identificar alguns mecanismos de diminuição de custos/gastos implícitos na adoção da atenção domiciliar. Um primeiro componente de redução de gastos está relacionado à abreviação da internação hospitalar para conclusão dos cuidados necessários por cuidadores familiares apoiados por profissionais (p. ex., conclusão de antibioticoterapia endovenosa, curativos etc.). No mesmo sentido, há economia de recursos ao evitar internações hospitalares prolongadas e as complicações que podem daí advir, como as infecções hospitalares.

Um segundo componente tem a ver com os efeitos positivos de um cuidado mais próximo e orientado às singulares necessidades dos usuários, que redundam na diminuição dos índices de re-internação.

Outro componente de redução de custos presente na saúde suplementar está associado à terceirização dos serviços domiciliares por meio de contratos orientados a uma elevada produtividade por equipe, que também possibilitam a transferência dos custos dos passivos trabalhistas e da administração dos conflitos para os terceiros contratados.

A relação com prestador é uma relação de prestação de serviço mesmo. Aí já existe um contrato, ou o que deve ser feito, e eles cumprem essa relação contratual e mandam o relatório gerencial. Não têm reuniões periódicas para discutir a clínica e discussão de casos, não, com o prestador não, é uma relação gerencial de caso. (Gestor do serviço AD4)

O mais importante componente de redução de custos, entretanto, está baseado na transferência de gastos e responsabilidades para as famílias. Estas assumem diretamente a responsabilidade pela prestação de cuidados durante a maior parte do dia (diretamente ou por meio da contratação de cuidadores). Na saúde suplementar, além disso, as famílias também passam a ser responsáveis pela aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos necessários aos cuidados em questão. No âmbito do SUS, em geral os

Silva KL, Sena RR, Feuerwerker LCM et al.

Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva de...

serviços de atenção domiciliar ou outras unidades do sistema se responsabilizam diretamente pelo fornecimento desse material. Porém, ainda assim, algumas vezes o ônus pela aquisição de determinados insumos recai sobre a família.

Pra essas crianças em ventilação, a gente precisa de 2 cuidadores, porque uma pessoa só não vai dar conta... essa pessoa é treinada, a gente desospitaliza, leva pra casa, a equipe, nas primeiras semanas, faz visitas mais frequentes e, aos poucos, essas visitas são espaçadas... e a própria família continua o cuidado. (Coordenador do serviço AD2)

Geralmente, quando é suporte maior, aí, o enfermeiro vai, faz uma avaliação geral, ele coloca quantas gases, quantos soros, chega até a gente, a gente vai avaliar o que é nosso e o que não é: fralda descartável é da família, a cama, cadeira é da família, né, os medicamentos via oral são da família, e, aí, vamos separando. (Gestor do serviço AD12)

Outro mecanismo de redução de custos no âmbito da saúde suplementar é a transferência de gastos e responsabilidades para o SUS. Isso porque, sempre que “necessário”, os usuários são orientados a buscar ajuda e apoio nas instâncias do SUS. São orientados, inclusive, a “lutar na Justiça por seus direitos”, se não têm recursos para adquirir tudo o que necessitam e se os serviços privados não vão garantir esses recursos para eles. Essa alternativa é comum para aquisição de concentradores de oxigênio e medicamentos de alto custo:

O que acontece, quando o paciente precisa de oxigênio, a operadora não fornece oxigênio, mas a gente dá o caminho pra conseguir através do... através do SUS. Então, já tem o protocolo, já tem o formulário. Encaminha. "Ah, mas tem que sair do hospital agora", então, a gente vai entregar o oxigênio, você vai lá na hora que entregar o protocolo, a gente disponibiliza o oxigênio... (Gestor do serviço AD4)

Fralda, xampu, creme, essas coisas são de responsabilidade do usuário. Já medicamento e material pra procedimento são de responsabilidade da operadora. Mas, aí, nós encaminhamos pra rede pública. (Gestor do serviço AD11)

Tanto no âmbito do SUS como da saúde suplementar, as famílias arcam os gastos com fraldas, água, luz e alimentação implícitos no cuidado domiciliar.

Ela (a cuidadora) informa que teve que vender os bens do paciente para comprar os remédios que não são padronizados no Brasil. Fala também do custo da energia elétrica com o concentrador de oxigênio [...] relata que, dos bens, só restou a casa onde residem. (Diário de campo, caso AD4)

Eu tô passando um aperto aí, né? Porque a alimentação dele, 130 reais [...] Tem remédio. Muito caro. E tem lá uma vitamina também pra pôr na dieta, que custa 70 reais [...] tô gastando uma média de 2.000 reais. (Cuidadora do caso AD7)

Em certas situações, as dificuldades da família em arcar com todos os gastos necessários põe em questão a manutenção da atenção domiciliar como alternativa para a produção de cuidados.

O marido da paciente provê todo o alimento e suporte para a casa, mas hoje nem conversa com a paciente. Ela é aposentada e compra alimentos como frutas e mais específicos para sua alimentação. (Diário de campo, caso AD11)

Além da transferência dos gastos, evidenciou-se nos serviços estudados a transferência de responsabilidade pelas atividades de cuidado no domicílio para os familiares do usuário – um pressuposto da atenção domiciliar.

Ao realizar o curativo, a enfermeira explica minuciosamente para as cuidadoras como deverão proceder nas trocas seguintes [...]. Faz também a conferência da evolução das cuidadoras. (Diário de campo, caso AD4)

A mãe esta bem orientada em relação aos cuidados com o filho; ao ser perguntado o que ela precisava para realizá-lo, ela exemplificou com a aspiração, descrevendo todo material que ela necessita. (Diário de campo, caso AD2)

Esse é um grande problema, porque tem paciente que vai precisar de enfermagem 24 horas, porque se ele tá tomando um antibiótico de 6 em 6 horas, se ele tem respiração assistida, se realmente a família não tem estrutura, como que a gente não tem muito acesso a cuidadores [...] não há, também, um consenso das operadoras em assumir essa parte, que é uma parte que realmente cabe à família, né, à operadora não é... (Gestor do serviço AD7)

Na análise dos casos também ficam evidentes as tensões enfrentadas pelos cuidadores durante o processo da assistência no domicílio.

A família tem demonstrado capacidade para cuidar do doente, mas a mãe apresenta sinais e sintomas de adoecimento psicoemocional relacionado ao fato de vivenciar o sofrimento do filho. (Diário de campo, caso AD5)

A filha e principal cuidadora do paciente relatou que se sente sobrecarregada com as tarefas advindas da permanência do pai em domicílio. Ela relatou que, além de cuidar das tarefas domésticas, ainda precisa auxiliar a técnica de enfermagem nos cuidados prestados ao paciente. (Diário de campo, caso AD7)

Encontramos também preocupação com a orientação e acompanhamento do cuidador, além do reconhecimento da importância de uma rede de apoio social para minimizar a sobrecarga de trabalho:

Olha, as nossas equipes têm muito cuidado com o cuidador, uma das nossas preocupações é o cuidador não ficar extenuado, não ficar quebrado, não ficar arrebitado. Então, nossa grande preocupação hoje é o cuidador ser um indivíduo que vai dar conta de cuidar daquela pessoa. A gente também tem o papel de ensino do cuidador, de apoio do cuidador. E a nossa relação com os cuidadores é boa, no modo geral ela é boa, nós não tivemos nenhum embate, ainda, com o cuidador, às vezes a gente tem que ter um papel mais incisivo, o cuidador que não cuida de uma forma tão correta.
(Gestor do serviço AD5)

DISCUSSÃO

A racionalização de gastos/redução de custos é um aspecto importante na adoção da atenção domiciliar como alternativa de assistência à saúde. Em si, esse não é um problema, já que a melhor utilização de escassos recursos tem sido objetivo perseguido pela gestão de serviços públicos e privados. O problema são os modos como essa redução vem sendo produzida, entre outros, especialmente na saúde suplementar, por meio de repasses de gastos para as famílias e/ou transferência de gastos do sistema privado para o sistema público.⁷

Evidenciou-se que são utilizados alguns mecanismos para a redução dos custos, por meio da utilização da atenção domiciliar como forma de produção do cuidado, como a abreviação da internação domiciliar. A desospitalização tem sido um fator motivacional para implantação da atenção domiciliar por reduzir os custos advindos de uma hospitalização desnecessária, existindo, dessa forma uma perspectiva econômico-financeira de otimização de leitos hospitalares a partir atenção domiciliar⁸, uma vez que, ao transferir o interno para o domicílio, há liberação de leitos que podem ser ocupados por clientes que demandem maior quantidade de insumos, procedimentos e serviços.⁹

Outra forma de racionalização dos gastos se dá pela terceirização dos serviços de atenção domiciliar. A terceirização tornou-se, especialmente nos últimos 20 anos, uma alternativa que visa ao aumento da produtividade e a eficiência na produção de serviços, via transferência dos custos dos passivos trabalhistas e da administração dos conflitos para os agentes terceiros

contratados.¹⁰ No setor saúde, quase sempre, a terceirização é reconhecida como uma problemática que implica a gestão dos serviços, em especial em relação aos resultados, dada a heterogeneidade dos processos de produção no setor, a diversidade e não homogeneidade dos produtos, além da atribuição de valores a bens que representam processos sociais marcados pela subjetividade.¹¹

Há dificuldades para gerenciar a qualidade técnica e ética do trabalho profissional pela proliferação de núcleos atomizados de mando e decisão; a diminuição da participação e a perda do interesse dos trabalhadores na missão dos serviços de saúde; o descompromisso com a continuidade e a integralidade dos cuidados de saúde, a desumanização do atendimento aos usuários. Isso decorre da escassez de critérios e da forma desordenada como vem sendo conduzida a terceirização dos serviços de saúde.¹⁰ Desse modo, embora a terceirização represente uma forma de otimização de recursos, questiona-se seu papel na relação custo/benefício para os modelos de atenção à saúde, visto que as estratégias racionalizadoras, principalmente o direcionamento de clientela para prestadores preferenciais e a terceirização de serviços, parece influenciar de forma negativa a qualidade do cuidado no domicílio. Diante disso, os usuários apontam problemas e criticam o cuidado recebido pelas operadoras de planos privados de saúde.¹²

No caso das famílias, especialmente no âmbito da saúde suplementar, não há negociação, já que a atenção domiciliar é oferecida como um benefício e as operadoras têm total autonomia para estabelecer as condições para essa oferta. Assim, as famílias assumem insumos, medicamentos de uso habitual, materiais de consumo, o aumento no gasto com energia elétrica, água e estrutura de apoio, como lavanderia e dieta¹³, além dos custos (diretos ou indiretos) com o cuidador nas situações de cuidados complexos e de alta dependência dos pacientes.²

No caso do sistema público, este absorve os gastos com medicamentos de alto custo e equipamentos, confirmando a lógica estabelecida em outros serviços de atenção domiciliar.⁷ Destaca-se a existência de uma visão utilitarista do sistema público de saúde por parte dos serviços privados. Essa relação proporciona a diminuição de custos para os serviços privados de atenção domiciliar, uma vez que os custos com materiais e medicamentos são transferidos para o sistema público. Em consequência da atitude de

alguns serviços privados de orientar usuários a buscar apoio nas instâncias do SUS observa-se, a partir do final dos anos 1990, um crescimento exponencial do número de mandados judiciais na saúde buscando principalmente garantir às pessoas o acesso a medicamentos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos.¹⁴

Os custos para a família têm impacto diferenciado, considerando os diferentes níveis de poder aquisitivo, havendo maior impacto para as famílias de baixa renda.¹³ O que pode colocar em questão a continuidade do cuidado no domicílio. Estudos demonstram ser difícil para o cuidador conciliar o cuidado domiciliar com um trabalho remunerado, havendo frequentemente o abandono temporário ou definitivo do trabalho, e até a recusa de um emprego.¹⁵⁻¹⁷

Foi também possível verificar que o custo de cuidar ultrapassa o âmbito financeiro, uma vez que os cuidadores domiciliares, ao assumir essa tarefa, abrem mão de vários outros aspectos de sua vida¹³, dentre eles: prazer, anseios e sonhos individuais. Esse achado aponta a necessidade de fortalecimento de redes de apoio que auxiliem os cuidadores no enfrentamento das situações de dificuldade que são impostas pelo cuidado no domicílio. Além disso, vislumbra-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para a assistência domiciliar com uma concepção ampliada de saúde, possibilitando a transformação do modo de produção do cuidado aos usuários e familiares¹⁸, tornando-o dialógico, humanizado e capaz de responder às necessidades de cuidados desses sujeitos.

CONCLUSÃO

Apesar dos inúmeros aspectos positivos proporcionados pela atenção domiciliar identificados em diferentes estudos, são preocupantes os achados relacionados à transferência de gastos tanto para as famílias como para o SUS.

A regulamentação é um ponto-chave nessa situação. Tanto para proteger os direitos e interesses das famílias diretamente envolvidas como para proteger os direitos de todos os cidadãos, já que, mais uma vez, ao SUS tem cabido arcar com os gastos e responsabilidades que caberiam às operadoras da saúde suplementar em relação a seus beneficiários.

Em todos os casos – nos domínios público e privado – também aparece com força o tema do cuidado aos cuidadores, pois ele se mostra essencial para evitar o descuido.

REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2010 [cited 2013 Apr 1];44(1):165-75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000100018&script=sci_abstract&tlng=pt.
2. Feuerwerker LM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Pública [serial on the internet]. 2008 [cited 2013 Apr 1];3(24):180-8. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000900004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
3. Serafim AP, Ribeiro RAB. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. Comun Ciênc Saúde [serial on the internet]. 2011 [cited 2013 Apr 1];22(2):163-8. Available from: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022_2_8_Internacao.pdf.
4. Silva KL, Sena RR, Silva PM, Souza CG, Braga PP. Supplementary home health care services and the inclusion of nursing in Belo Horizonte/Minas Gerais (Brazil). Acta Paul Enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2013 Apr 1];25(3):408-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
5. Rodriguez A, King N. The lived experience of parenting a child with a life-limiting condition: a focus on the mental health realm. Palliat Support Care [serial on the internet]. 2009 Apr [cited 2013 Apr 1];7(1):7-12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19619370>.
6. Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB, Hayashida M. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. Rev Latino-Am Enferm [serial on the internet]. 2005 [cited 2013 Apr 1];13(4):551-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a14.pdf>.
7. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2008 [cited 2013 Apr 1];13(5):1511-20. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000500016&script=sci_abstract&tlng=pt.

8. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Von Randow RM, Montenegro LC. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [serial on the internet]. 2013 [cited 2013 Apr 1];5(1):3383-93. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-24227>.

9. Cunha MAO, Moraes HMM. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the internet]. 2007 [cited 2013 Apr 1];12(6):1651-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600026.

10. Girardi SN, Carvalho CL, Girardi Junior JB. Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região sudeste: estudo exploratório. *Espaço Saúde* [serial on the internet]. 2000 [cited 2013 Apr 1];12(6):2(1):[about 7 p.]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2451.pdf>.

11. Cherchiglia ML. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: Santana JP, Castro JL, organizers. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: Ed. UFRN; 1999. p. 361-85.

12. Meneses CS, Cecilio LCO, Andrezza R, Araújo EC, Cuginotti AP, Reis AAC. Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the internet]. 2013 [cited 2013 Feb 1];18(1):57-66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100007&script=sci_arttext.

13. Faller JW, Barreto MS, Ganassin GS, Marcon SS. Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica. *Ciênc Cuid Saúde* [serial on the internet]. 2012 [cited 2013 Feb 1];11(1):181-9. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/18876>.

14. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the internet]. 2009 [cited 2013 Feb 1];14(3):829-39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300018&script=sci_arttext.

15. Moraes HCC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Silva MJ, Araujo TL. Sobrecarga

e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Latino-Am Enferm* [serial on the internet]. 2012 [cited 2012 Apr 1];20(5):944-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500017&script=sci_arttext&tlng=pt.

16. Toly VB, Musil CM, Carl JC. A longitudinal study of families with technology-dependent children. *Res Nurs Health* [serial on the internet]. 2012 [cited 2012 Apr 1];35(1):40-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161731>.

17. Hewetson R, Singh S. The lived experience of mothers of children with chronic feeding and/or swallowing difficulties. *Dysphagia* [serial on the internet]. 2009 Sep [cited 2012 Apr 1];24(3):322-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19259730>.

18. Santos RS, Oliveira JMM, Fernandes FM, Farias PHS, Araújo AM, Menezes RMP. A assistência domiciliar ao idoso na perspectiva dos enfermeiros. *Rev Enferm UFPE On Line* [serial on the internet]. 2013 Mar [cited 2013 Apr 20];7(1):697-705. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3655>.

Submissão: 30/04/2013

Aceito: 00/00/2014

Publicado: 00/00/2014

Correspondência

Kênia Lara Silva

Rua Furtado Nunes, 131 / Ap. 101

Bairro Padre Eustáquio

CEP 30730-090 — Belo Horizonte (MG), Brasil