

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
ÂNGELA MARIA SALES ALVES DE SOUSA

**POLÍTICAS DE SAÚDE E ORÇAMENTO FAMILIAR:
UM ESTUDO DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA
POR USO DE CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO**

FORTALEZA – CE
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ÂNGELA MARIA SALES ALVES DE SOUSA

**POLÍTICAS DE SAÚDE E ORÇAMENTO FAMILIAR:
UM ESTUDO DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA
POR USO DE CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO**

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará, do Centro de Estudos Sociais Aplicados, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida

FORTALEZA – CE

2008

S725p

SOUSA, Ângela Maria Sales Alves de

Políticas de Saúde e orçamento familiar: um estudo da oxigenoterapia domiciliar prolongada por uso de concentrador de oxigênio/ Ângela Maria Sales Alves de Sousa. __ Fortaleza,2008.

70 p.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida

Dissertação (mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados.

1. Oxigenoterapia domiciliar prolongada. 2. DPOC. 3. Assistência domiciliar. 4. Saúde. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados.

CDD: 614

ÂNGELA MARIA SALES ALVES DE SOUSA

POLÍTICAS DE SAÚDE E ORÇAMENTO FAMILIAR: UM ESTUDO DA
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA POR USO DE
CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO

Aprovada em: 04/09/2008

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará, do Centro de Estudos Sociais Aplicados, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (UECE)
Orientador

Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota

Prof. Dra. Maria Helena de Paula Frota

Dedico este trabalho,

Ao meu marido Antonio José, pelo apoio, estímulo, paciência. Sou grata não só pelas inúmeras contribuições, mas, principalmente, pelo sentimento amoroso que nos une. Para ele e por isso, dedico este trabalho;

ao Matheus, meu filho, pela imensa alegria que me proporciona, esperando que este trabalho estimule a sua vida estudantil;

aos meus pais, Diva e Atalânio, pelo incentivo ao estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por tudo o que tem me proporcionado nesse percurso.

Ao meu orientador, professor Paulo César de Almeida.

Aos que fazem parte do Mestrado Profissional em Políticas Públicas.

Aos membros da banca, por aceitarem a tarefa de compô-la.

A Lucillia Len, Germânia e, principalmente, a grande amiga Ângela Maia, pelo afeto, incentivo e solidariedade que partilhamos, e foram fundamentais na realização deste trabalho.

À amiga Ivanice Montezuma, pelas sugestões e pela revisão final desta dissertação.

Aos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho fosse concluído.

Enquanto qualquer do povo, pelo só fato de ser cidadão, não puder receber adequada assistência em saúde quando dela necessite o sistema de saúde não terá cumprido o seu papel e o Estado continuará devedor da Sociedade.

Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos

RESUMO

A Oxigenoterapia é um tratamento necessário a pacientes portadores Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ou terminais, acometidos por outras patologias graves, em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada, por meio de uma maior concentração de O₂ no ar inspirado, com o objetivo de manter níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia. A Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) melhora a sobrevida dos pacientes com insuficiência respiratória crônica, entretanto, é uma modalidade de tratamento de custo muito elevado, devendo a indicação clínica ser precisa e cumprir os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2004). O objetivo desse estudo é fazer uma análise sobre a repercussão financeira no orçamento familiar do paciente, na perspectiva do direito à saúde, mostrando a necessidade do poder público ajudar a esses pacientes na compensação dos altos gastos com esse tratamento. Trata-se de um estudo teórico-descritivo e observacional, no qual se analisou o caso de uma paciente de 96 anos, portadora de Demência avançada, insuficiência cardíaca grave e insuficiência respiratória, acamada e dependente de oxigênio por concentrador, sob cateter nasal, com uma prescrição médica de 3 a 4 litros por minuto. Concluiu-se que, o Estado, atendendo às políticas públicas voltadas à proteção à saúde, precisa procurar, em forma de isenção fiscal ou tarifa social, colaborar com as famílias dos dependentes de ODP, por concentrador de oxigênio e suporte ventilatório domiciliar, de qualquer classe social, amenizando seus gastos excessivos com energia elétrica, como 'bônus', uma vez que esses pacientes deveriam estar em leitos hospitalares quer da rede privada ou da rede pública, e permanecem em seus domicílios, oportunizando o atendimento hospitalar a outros, com necessidades mais emergentes.

Palavras-chave: Oxigenoterapia domiciliar prolongada; DPOC, assistência domiciliar, saúde;

ABSTRACT

Oxygen therapy is often administered to patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or terminal patients with disorders associated with increased arterial partial oxygen pressure in order to reduce the risk of hypoxemia. Although long-term home oxygen therapy (LHOT) has been shown to improve survival in patients with chronic respiratory failure, it is an expensive treatment form and should be indicated only when strictly necessary and in accordance with criteria established by the Brazilian Society of Pneumology and Lung Disease (SBPT, 2004). The objective of this study was to analyze the impact of LHOT on patients' personal economy in the perspective of patients' right to health care, and determine whether such patients are entitled to compensation from health authorities for their spending on home care. The study was theoretical, descriptive and observational, and analyzed the case of a 96-year old female patient with advanced dementia and severe heart and respiratory failure prescribed LHOT (3-4 L/min through a nasal catheter). In conclusion, in harmony with existing public policies of health promotion, it is suggested health authorities provide financial support, whether by tax exemption or special grants, to patients dependent on LHOT, regardless of socioeconomic level, compensating them for their excessive spending with utilities and nursing, especially since such patients would otherwise take up public and private hospital beds needed for more urgent cases.

Key words: long-term home oxygen therapy; COPD; home care; health.

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS - Sistema Único de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira

NOB - Norma Operacional Básica

PSF - Programa Saúde da Família

PACS Práticas Educativas dos Agentes Comunitários

TELEBRÁS - Sistema Brasileiro de Telecomunicações

COFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PIB - Produto Interno Bruto

FMI - Fundo Monetário Internacional

ODP - Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

DPOC - doença pulmonar obstrutiva crônica

VNAS - *Visiting Nurses Association*

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

HSPEP - Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

ABEMI - Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar

GANEP-LAR - Departamento de Atenção Domiciliar

ADUC/UNIMED - Associação Domiciliar Unimed

ANS - Agência Nacional de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica

CCEC - Conselho de Consumidores de energia da COELBA

COELBA - Companhia Elétrica da Bahia

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

COELCE - Companhia Elétrica do Ceará

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

COPEL - Companhia Paranaense de Energia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 - Pacientes crônicos por faixa etária.....	28
GRÁFICO 2 - Pacientes por sexo.....	28
FIGURA 1 – Concentrador de oxigênio (Fonte: http://millennium10.respironics.com).....	44
QUADRO 1 - Consumo de concentradores (aproximados).....	44
QUADRO 2 - duração média de cilindro do tipo K* da utilização por pacientes assistidos em <i>home care</i> com oxigenoterapia domiciliar prolongada.....	47
QUADRO 3 - Renda familiar por domicílio.....	55
GRÁFICO 3 - Distribuição por classe social de acordo com serviço social do <i>home care</i>	56
GRÁFICO 4 - Diferença do consumo de energia elétrica de um paciente em assistência domiciliar em uso contínuo de concentrador de oxigênio. Fortaleza (abril/agosto 2008).....	57
GRÁFICO 5 - Distribuição de pacientes por patologia em <i>home care</i>	59

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA	17
1.1 Globalização da Economia em <i>Home Care</i>	21
1.2 <i>Home Care</i> : uma modalidade de assistência à saúde	23
1.3 <i>Home Care</i> no Ceará: Experiência de um serviço de referência privado	25
1.4 Fatores que justificam a adoção do Sistema de <i>Home Care</i>	29
1.5 A necessidade de gerenciamento de custo e risco pelos planos de saúde.....	31
1.6 ANS na Assistência Domiciliar.....	33
2 PERFIL DOS PACIENTES DEPENDENTES DE ODP EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	35
2.1 Oxigenoterapia domiciliar prolongada	42
2.2 Concentradores de oxigênio	43
2.2.1 Critérios Clínicos para indicação da oxigenoterapia domiciliar prolongada	45
2.2.2 Critérios de Seleção da Fonte de Oxigênio	47
3 PROGRAMAS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL	49
3.1 Projeto COELBA	51
3.2 Em defesa da energia elétrica mais barata para deficientes	52
3.3 Oxigenoterapia domiciliar: pacientes podem obter benefício	53
4 IMPACTO FINANCEIRO POR USO DE CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO NO ORÇAMENTO FAMILIAR.....	55
4.1 Resultados e Discussões	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

INTRODUÇÃO

A crise de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) agravou a operacionalização do sistema de saúde, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passou a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente, as Santas Casas de Misericórdia de todo o país tomaram a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva.

O setor médico privado, que se beneficiou com o modelo médico-privatista, durante quinze anos a partir de 1964, tendo recebido, nesse período, vultosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu e se desenvolveu. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele, passando a formular novas alternativas para sua estruturação. Direcionou, assim, o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando, através da poupança desses setores sociais, organizar uma nova base estrutural. Desse modo, foi concebido um subsistema de Atenção Médico-Supletiva, composto por cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração.

Com pequenas diferenças entre si, essas modalidades se baseiam em contribuições mensais dos beneficiários (poupança), em contrapartida à prestação de determinados serviços e benefícios pré-determinados, com prazos de carências, além de determinadas exclusões, por exemplo, a não cobertura do tratamento de doenças infecciosas. O subsistema de atenção médico-supletiva cresceu vertiginosamente na década de 1980, de tal modo que, no ano de 1989, chegou a cobrir 31.140.000 brasileiros, correspondentes a 22% da população total, e apresentando um volume de faturamento de US\$ 2.423.500.000,00 (MENDES, 1992).

Atualmente, existem alguns projetos de responsabilidade social que garantem o benefício de pacientes em domicílio, o que se caracteriza como uma importante melhoria da qualidade de vida dos adoecidos. Trata-se de programas de isenção fiscal, pelas companhias elétricas, para clientes que utilizam equipamentos de autonomia limitada, por doenças invalidantes que, muitas vezes, são impossibilitados de assumir financeiramente gastos adicionais, como é o caso do consumo contínuo da oxigenoterapia.

O objetivo deste estudo foi, portanto, alertar o poder público sobre a repercussão financeira no orçamento familiar, de pacientes que necessitam de uso contínuo de oxigenoterapia, por meio de concentrador de oxigênio.

Nessa perspectiva, procurou-se quantificar o acréscimo sofrido na conta da energia elétrica referente à residência da paciente deste estudo, durante quatro meses, no período de abril a agosto de 2007, à qual foi prescrito o uso contínuo do equipamento concentrador de oxigênio. Constatando-se o elevado nível do gasto de energia elétrica, após o início do referido equipamento, procurou-se mostrar a necessidade de colaboração do Estado, no sentido de disponibilizar uma ajuda aos familiares dos pacientes que utilizam concentrador de oxigênio, de forma a aliviar os gastos com energia elétrica, requeridos pelo concentrador de oxigênio. Assim, torna-se relevante, alertar o poder público sobre as repercussões, no orçamento familiar, do uso domiciliar do concentrador de oxigênio, que gera crescimento do consumo de energia elétrica, nas residências dos pacientes com necessidade de oxigenoterapia contínua. Essa ajuda corresponde a direitos sociais da cidadania, com o intuito de proporcionar à população os benefícios e serviços que lhe são de direito, protegidos pela Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Este é, portanto, um estudo da natureza teórico-descritivo e observacional, do tipo estudo de caso, cujos resultados foram submetidos a uma abordagem quantitativa e qualitativa. O alicerce teórico que fundamentou o trabalho foi construído por meio de uma pesquisa bibliográfica, em autores diversos, que se referem aos tópicos envolvidos, principalmente, sobre a assistência domiciliar, oxigenoterapia domiciliar prolongada e suas indicações, além de suas implicações no orçamento familiar dos doentes em uso de oxigênio contínuo por concentrador, dando ênfase aos direitos sociais garantido pela Constituição.

O estudo de caso envolveu uma paciente, A.R.A, de 96 anos, portadora de demência avançada, insuficiência cardíaca grave e insuficiência respiratória. Acamada, dependente de oxigênio por Concentrador sob cateter nasal, com uma prescrição médica de 3 a 4 litros por min. Classificação social no nível B, de acordo com avaliação do Serviço social do referido serviço. Durante o acompanhamento foram analisadas contas de energia comparando o consumo de energia elétrica da referida paciente antes e após o uso do aparelho.

O consumo de energia foi em kW/h do mês vigente de acordo com a vazão de

oxigênio utilizada pela paciente. O acompanhamento foi realizado durante cinco meses, considerando o custo inicial da conta de energia elétrica da residência da paciente observada, e o aumento da conta de energia durante a utilização do concentrador de oxigênio. Antes de a paciente ter indicação de oxigenoterapia contínua prolongada, em 09/04/2007, seu consumo de energia elétrica era de 171 KW, correspondendo a R\$ 55,18 e, após o uso do equipamento elétrico 24 horas, em 07/07/2008, seu consumo de energia elétrica foi de 491 KW, correspondendo a R\$ 215,43.

O trabalho foi didaticamente organizado em três capítulos, assim sequenciados: no primeiro capítulo, fala-se do histórico da assistência domiciliar, mostrando seus benefícios na redução de custo para saúde pública. No segundo capítulo, descreve-se o perfil de pacientes em uso contínuo de oxigenoterapia domiciliar prolongada, sua importância, suas indicações, critérios de seleção, dando ênfase ao uso imprescindível do concentrador de oxigênio. No terceiro capítulo, comenta-se sobre a responsabilidade social dos projetos sociais que visam à isenção de parte do gasto com energia elétrica em decorrência do uso de equipamentos de suporte à vida nos domicílios.

No Brasil, pode ser observado um número, cada vez maior, de empresas privadas que prestam serviços de assistência domiciliar, além de tentativas isoladas de serviços públicos em montar programas como estes, focando principalmente a população de idosos (CUNHA, 2001). Entretanto, o sistema de saúde brasileiro ainda parece ineficaz em absorver essa demanda populacional, levando as famílias cuidadoras a uma sensação de isolamento e desamparo. O entendimento e a localização dessa população emergente no contexto da saúde pública se faz necessário, dada sua incidência cada vez mais frequente (GUERRA, 2001).

No final de 1996, o Ministro da Saúde sentiu que os seus esforços para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), o que acabou ocasionando o seu pedido de demissão do cargo nesse mesmo ano.

Desde que começou a vigorar a CPMF, foram frequentes as denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros *déficits* do tesouro. Percebe-se claramente a intenção da Norma Operacional Básica (NOB/96) de

fortalecer a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e das Práticas Educativas dos Agentes Comunitários (PACS). Segundo o documento do próprio Ministério da Saúde intitulado 'Saúde da Família', essa foi: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.

O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa à reversão do modelo assistencial vigente, por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significado social.

Em 1998 as privatizações alcançam o setor de energia elétrica e sistema de telecomunicações (TELEBRÁS). Tendo em vista a crise econômica vivida pelo Brasil e outros países 'emergentes' o governo de Fernando Henrique Cardoso aumenta ainda mais os juros para beneficiar os especuladores internacionais e propõe para o povo um ajuste fiscal prevendo a diminuição de verbas para o orçamento de 1999, inclusive na área de saúde. O corte previsto nesta área foi de cerca de R\$ 260 milhões.

A referida nota do Ministério afirma sobre o CPMF que:

A arrecadação do CPMF cobrada a partir de 23 de janeiro de 1997 não beneficiou a Saúde. O que houve foi desvio de outras fontes, ou seja, a receita do CPMF foi destinada à saúde, mas foram diminuídas as destinações à saúde decorrentes de contribuições sobre os lucros e da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) (a FOLHA DE SÃO PAULO, 6/11/98, p.4).

O governo FHC procurou firmar um acordo com o FMI, diante do agravamento da crise financeira, a qual se refletiu na diminuição da atividade produtiva do país e no número desempregados (7,4%), segundo dados do IBGE (1998).

Em novembro de 1998, o governo regulamentou a Lei nº. 9.656/98 (BRASIL,

1998), sobre os planos e seguros de saúde, que fora aprovada pelo congresso nacional em junho daquele ano. Se por um lado houve uma limitação nos abusos cometidos pelas empresas, por outro a regulamentação oficializa o universalismo excludente, na medida em que cria quatro modelos diferenciados de cobertura de serviços.

Esses fatos demonstram claramente que o compromisso da Medicina Supletiva é, primordialmente, com o ganho financeiro e com o lucro do capital, e não com a saúde dos cidadãos. Prova maior disso é afirmação das seguradoras de que os planos deverão aumentar seus preços em até 20% para se adaptarem às novas regras.

No início de 1999, o país atravessou uma grave crise cambial provocada pelos efeitos da globalização e da política econômica do governo, que procurou responder, mais uma vez, com um novo acordo de empréstimo junto ao FMI e, no plano interno, com uma nova política recessiva, ditada pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), o que gerou uma diminuição do Produto Interno Bruto (PIB) e um aumento ainda maior do desemprego no país.

A respeito do concentrador de oxigênio, procura-se mostrar a sua indispensabilidade, como equipamento indicado para esses pacientes portadores de DPOC e outras patologias em domicílio e o seu uso criterioso, com determinação de tempo através de prescrição médica que, entretanto, proporciona grande consumo de energia elétrica.

A indicação de oxigenoterapia domiciliar é realizada através de concentradores de oxigênio, equipamentos elétricos, que possuem uma peneira molecular que retém o nitrogênio e outros gases contidos no ambiente, deixando passar, apenas, o oxigênio, numa concentração de O_2 (F_{iO_2})¹ de até 95%. O concentrador possui um fluxo máximo limitado de até 5 litros por minuto, utilizando a energia elétrica para funcionar, no que torna necessária a instalação de um cilindro de O_2 como ação preventiva, para segurança do paciente na falta de energia elétrica.

As vantagens do concentrador é que ele possui volume de gás ilimitado não havendo necessidade de recarga, não ocupa grande espaço, é de fácil manuseio, possui baixo custo de manutenção, com autonomia de funcionamento, enquanto houver energia elétrica. Já as desvantagens desse equipamento, estão ligadas ao fato de ser ruidoso e, principalmente, onerar a conta de energia elétrica do usuário, com o acréscimo de até 400 watts, causando um

¹ Fração inspirada de oxigênio

grande impacto financeiro no orçamento familiar e desgastes entre as famílias dos pacientes e os diversos serviços de assistência domiciliar, públicos e privados.

Por todas as considerações expostas, a administração de O₂ domiciliar começou a ser praticada há, aproximadamente, 50 anos, a partir das observações do Dr. J. E. Cotes, na Inglaterra. Entretanto, somente a partir da década de 1970 é que se confirmou que a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), tanto melhorava a qualidade de vida dos pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com hipoxemia crônica, como prolongava a sua expectativa de vida. No entanto, A ODP é uma modalidade de tratamento de custo elevado, devendo a indicação clínica ser precisa e cumprir os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2004).

A Oxigenoterapia consiste em um tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada, por meio de uma maior concentração de O₂ no ar inspirado, com o objetivo de manter níveis de oxigenação em pacientes portadores de insuficiência respiratória crônica por diversas enfermidades respiratórias como DPOC, fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e bronquiectasias adquiridas. Os pacientes que vivem com hipoxemia (baixa do teor de oxigênio no sangue) e, muitas vezes, hipercapnia (excesso de dióxido de carbono no sangue), apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social com repercussão negativa na qualidade de vida, apresentando, ainda, repetidas complicações, que o conduzem a numerosas internações hospitalares e consequente aumento do custo econômico para todos os sistemas de saúde.

Dentre as várias patologias citadas, que têm indicação do uso de oxigênio contínuo, a DPOC é uma enfermidade respiratória que pode ser prevenida e tratada, caracterizando-se pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é, geralmente, progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões, à inalação de partículas ou gases tóxicos, causadas, primariamente, pelo tabagismo (DPOC 2004).

A doença pulmonar obstrutiva crônica é progressiva debilitante e diagnosticada após longa história de piora gradual. Essa doença caracteriza-se pela obstrução progressiva e parcialmente reversível do fluxo aéreo pulmonar. A dispnéia é o sintoma que mais interfere na execução das atividades profissionais, familiares, sociais e da vida diária dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, levando-os ao sedentarismo e à queda na qualidade de vida.

A prevalência e a mortalidade são maiores entre os homens do que entre as mulheres. No entanto, a tendência para os homens, especialmente os mais jovens, é de estabilidade e até mesmo decréscimo, enquanto que para as mulheres a tendência é de crescimento. A estimativa de prevalência de DPOC no Brasil, a partir da população de tabagistas, indica a existência de sete milhões e meio de portadores da doença. Esse valor representa aproximadamente 5% da população brasileira (PELEGRINO, 2001).

A DPOC, em 2003, foi a quinta maior causa de internamento no sistema público de saúde do Brasil, em maiores de 40 anos, com 196.698 internações e gasto aproximado de 72 milhões de reais (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2004).

A assistência domiciliar é um tema que atualmente traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como *home care* (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente, favorecendo a um cuidado mais humanizado e maior economia para planos de saúde e rede pública.

A grande questão, nessa modalidade de assistência, é em relação ao acesso ao direito à saúde, constitucionalmente assegurada pela Constituição Federal (BRASIL, 1988, artigo 196): "a saúde é um direito de todos e, dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação." Os pacientes em atenção domiciliar, além de colaborarem com a maior rotatividade dos leitos hospitalares não são assistidos na contrapartida de responsabilidade do Estado.

Então, seria responsabilidade do Estado garantir a permanência destes pacientes no seu domicílio independente de sua classe social. Por dedução lógica, se uma pessoa substitui, por opção ou por conveniência médica, o tratamento que deveria ser feito em hospital público ou privado, pelo tratamento domiciliário, o Estado deveria responsabilizar-se pelo gasto adicional de energia em cada situação específica, onde o critério estabelecido seria para todos os pacientes, independente de classe social, que necessitem de tratamento domiciliar, com equipamentos de suporte a vida ligada à rede elétrica.

Nesse sentido, toda empresa moderna tem dois deveres básicos: um deles se refere ao próprio desempenho em seu campo específico de atividade, gerando retorno aos seus

gestores e benefícios aos clientes; o outro dever diz respeito à sua contribuição em favor da sociedade, como um todo, e da melhoria da qualidade de vida de todas as pessoas, indistintamente. Esses deveres são imprescindíveis e indissociáveis.

O surgimento da Responsabilidade Social decorre, entre outros fatores, da cultura histórica das organizações que são: obter eficiência, produtividade e lucro. Em tempos passados, a finalidade específica das organizações era, unicamente, cumprir adequadamente as suas funções, decorrentes das missões que lhes eram impostas, específicas da sua natureza. Parecia não haver preocupação com a satisfação dos colaboradores, tratados como simples peças na engrenagem operacional, nem com a reação dos usuários aos bens e serviços recebidos. Essa era a visão da organização como um sistema fechado, que omitia os fatores inerentes à sociedade.

Atualmente, existe uma nova visão da empresa, voltada, não apenas à maximização dos lucros, mas também à atenção ao trabalhador e à plena satisfação do cliente. Essa nova perspectiva dá à empresa novas atribuições alicerçadas na Responsabilidade Social que consiste em ações prioritárias que visam a melhorar, de forma contínua, as condições de trabalho de seus colaboradores, a atenção ao cliente e a proteção do meio-ambiente.

Passa-se a analisar cada tema aqui apresentado, iniciando pela descrição da evolução histórica da assistência domiciliária, na perspectiva da globalização da economia,, da assistência à saúde e da experiência desenvolvida em uma prestadora de atenção à saúde, de referência e de natureza privada.

1 HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

Antes do século XX, a assistência domiciliar era prestada pelos médicos em caráter individual, mediante o pagamento direto dos usuários. As mulheres, culturalmente, sempre tiveram o papel de cuidadoras de seus parentes ou vizinhos. O primeiro registro de uma atuação organizada na assistência domiciliar foi no Estado da Carolina do Sul, no século XIX, por intermédio de mulheres da Sociedade Beneficente de Charleston, que desenvolviam programas de atendimento a doentes pobres (DIECKMANN, 1977).

A assistência domiciliar passou a conviver com o atendimento hospitalar, a partir do século XVIII, quando surgiram os primeiros hospitais de caráter comunitário e laico, paulatinamente assumidos pelos municípios com dados e governo central. Os primeiros hospitais mantidos por instituições de natureza religiosa só surgiram no século XIX (MENDES, 2001).

As mudanças introduzidas por Florence Nightingale, na Inglaterra, produziram um importante impacto na formação das enfermeiras nos Estados Unidos e, por consequência, nas empresas de assistência domiciliar, que eram formadas, principalmente, por profissionais de enfermagem. Nesse contexto, foi criada a *Visiting Nurses Association* (VNAS), que congrega as várias agências (empresas) de assistência domiciliar, criada a partir da virada do século XIX. Essas empresas passaram a cuidar, sempre, dos doentes de família abastadas e de comunidades pobres. As famílias mais ricas pagavam taxas que, somadas às doações, compunham um fundo para financiar os serviços prestados pelas empresas às camadas pobres da população.

O alto índice de indivíduos acometidos por doenças infecto-contagiosas acelerou a mudança na prática da enfermagem. Surgiram as enfermeiras visitantes, agentes difusoras da educação da saúde que, desde a metade do século XIX, passaram a enfatizar o caráter preventivo da assistência domiciliar. O apoio governamental passou a ser essencial para o crescimento desse tipo de assistência (MENDES, 2001).

Antes de 1900, as enfermeiras que tinham sido graduadas pelos programas iniciais de treinamento trabalhavam na assistência domiciliar privada. Com o novo campo de saúde pública, passaram a ser formadas com outra concepção. Essas enfermeiras da saúde pública

eram agrupadas em agências especializadas em *public health*. O foco do trabalho das agências do tipo *public health nurse* voltava-se aos pobres e imigrantes, enquanto as agências denominadas *community health nurse* ofereciam serviços privados para indivíduos e familiares que tinham condições de pagar pelos serviços prestados.

Após a eleição de Lyndon Johnson, em 1963, com a política de ‘guerra à pobreza’ foi aprovada a *Social Security Act*, em 1965, originando o *Medicare e o Medicaid*, que passaram a financiar a assistência domiciliar a saúde.

O financiamento governamental, principalmente, pelo *medicare*, impulsionou o mercado para esse tipo de serviço no país. Inicialmente, o *medicare* tornou disponível o atendimento apenas aos idosos, mas, a partir de 1973, os serviços foram estendidos para certos procedimentos em jovens (MENDES, 2001).

Pesquisa da *American Association for Homecare*, de Washington (EUA), publicada no final de 2002, no site *Medicinasas* (www.medicinasas.com.br), indicou que um número significativo de hospitais norte-americanos abandonou o atendimento domiciliar entre 2000 e 2001. A pesquisa afirmou que o faturamento anual desse setor caiu de 13% em 2000 para 10% em 2001, dentro do segmento da saúde. Nos Estados Unidos, essa é uma opção que existe há 35 anos e atende a oito milhões de pessoas ao ano, que corresponde, aproximadamente, a 3% da população americana.

A atenção à saúde, por meio do *Home Care*, prevê uma movimentação, nesse setor, até 2005, de mais de 170 bilhões de dólares nos Estados Unidos, o que representa mais da metade do atual PIB brasileiro. Segundo, a vice-presidenta Jane Hinton, embora a Empresa tenha passado por um momento turbulento até outubro de 2001, o governo passou a repassar uma taxa fixa, baseada na avaliação do paciente. Afirma, ainda, que as empresas que souberam adequar-se a esse momento e sempre operaram com eficiência conseguiram passar ilesas e com ótimas possibilidades de lucro, devido aos fatores demográficos e ao envelhecimento populacional; com isso, espera-se que o *home care* cresça 15% nos Estados Unidos anualmente (MENDES, 2001).

Na América, o mercado segue em ascensão: além dos hospitais que introduziram o serviço, surgiram empresas especializadas que veem, nesse tipo de atendimento, uma forma de reduzir custos, aumentar a rotatividade nos leitos hospitalares e humanizar o atendimento, especialmente, o domiciliar que tem sido a grande valia para o setor hospitalar brasileiro,

desde a década de 1990 e tem sido, para muitos, a solução dos problemas e para a minimização das deficiências da saúde no país. Alguns estudos também se referem à existência de assistência domiciliar no sistema de saúde europeu. Um dos motivos da implantação do *Home Care*, foi o crescimento do número de fatores como envelhecimento, elevação de custos e novas políticas em cuidados à saúde. Além disso, nos países europeus, há um pacto pela saúde entre os vários atores sociais e uma integração entre as estruturas pública e privada.

Não há muitos registros formais sobre a história da assistência domiciliar no Brasil; o que mais se encontra são depoimentos de pessoas que viveram ou estão vivendo o desenvolvimento dessa modalidade. As primeiras atividades domiciliares desenvolvidas no Brasil aconteceram no século XX, mais precisamente em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro. Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU). Os principais responsáveis por esse serviço foram os sindicatos de trabalhadores insatisfeitos com o vigente atendimento de urgência. Qualquer médico do plantão saía em ambulâncias para o atendimento. A demanda era feita via telefônica, diretamente aos postos de urgência e eram realizadas visitas domiciliares regulares por médicos a previdenciários com doenças crônicas.

Na década de 1960, foi observada uma valorização dos âmbitos familiares comunitários, com espaço para atendimento à saúde, tendo ocorrido, no mesmo ano, a implantação do programa pioneiro de assistência domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPESP). A partir de então, foram surgindo vários outros serviços, privados e públicos, cada qual se moldando às necessidades de sua clientela. Foi um serviço criado para atender, basicamente, a pacientes com doenças crônicas que pudessem ser acompanhados no domicílio, convalescentes que não necessitassem de cuidados diários de médicos e enfermeiros, portadores de enfermidades que exigiam repouso. Até dezembro de 1997, já haviam sido cadastrados, nesse serviço, 11.144 doentes, com predomínio de patologias como neoplasias, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica.

A partir da década de 1990, várias outras empresas passaram a implantar serviços de assistência domiciliar como, por exemplo, a *Volkswagen* do Brasil. Ainda houve implantações em prefeituras, hospitais públicos e privados, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, medicina de grupo, entre outros. O que pode ser verificado é que muitos dos

serviços de assistência domiciliar estão dividindo sua forma de assistência, basicamente, em: visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar.

A visita domiciliar pode ser entendida como o atendimento realizado por profissional ou equipe de saúde, na residência do cliente, com o objetivo de avaliar as necessidades deste, de seus familiares e do ambiente em que vive, para estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação. As visitas são realizadas levando-se em consideração a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço. São realizadas orientações às pessoas responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio.

Por atendimento domiciliar, compreendem-se as atividades assistenciais exercidas por profissionais ou equipe de saúde, na residência do cliente, para executar procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica para tal. Também são realizadas orientações aos responsáveis pelo cuidado no domicílio e a periodicidade do atendimento é realizada de acordo com a complexidade do cuidado requerido.

A internação domiciliar consiste nas atividades assistenciais especializadas, exercidas por profissionais ou equipe de saúde na residência do cliente, com oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, assemelhando-se ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar (instalação de um mini-hospital). A permanência de profissionais de enfermagem junto ao cliente é pré-estabelecida (6, 12 ou 24 horas). Também ocorre orientação ao responsável pelo cuidado no domicílio.

Independente da modalidade oferecida (visita, atendimento ou internação domiciliar), o cliente deve receber suporte de um serviço 24 horas, para atendimentos de urgência e emergência, ou, até mesmo, para um transporte para exames diagnósticos ou orientação (alguns serviços contam com esse suporte). A maioria dos serviços conta com uma central telefônica 24 horas para execução desses atendimentos em qualquer horário.

As vantagens, com relação a essa modalidade de assistência, são várias. Há maior humanização no tratamento, diminuição de internações e tempo de permanência em hospitais. Ainda pode ser levado em consideração outro benefício muito importante, porém de difícil mensuração, que seria a satisfação do paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado em seu lar.

Em termos de *home care*, o Brasil, com suas particularidades, ainda está

iniciando. Atualmente, há cerca de 20 mil empresas especializadas nos EUA, enquanto no Brasil são 200. Para o presidente da Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID), o médico Josier Marques Vilar *apud* Perazo (2005), todo serviço de assistência médica está em crise de financiamento no mundo, e isso se reflete no atendimento domiciliar. Dessa forma, esse profissional considera como grande culpado aquilo que chama de pensamento tecnológico-cêntrico.

A utilização excessiva de recursos de diagnósticos e terapêuticos, com base em tecnologias cada vez mais sofisticadas, e, algumas vezes inúteis, que usam equivocadamente o hospital como porta de entrada do sistema de saúde, tem inviabilizado financeiramente o custeio da assistência (VILAR *apud* PERAZO, 2005, p. 3).

Na opinião do gerente geral da *Home Doctor*, médico Fernando Fernandes *apud* Perazo (2005), houve, nos últimos cinco anos, uma proliferação de novas empresas de *home care* no mercado, muitas sem saber ao certo como e para onde queriam caminhar e que serviços oferecer. Esse movimento acarretou uma diversidade de serviços, pulverizando o mercado e trazendo uma queda de qualidade no setor.

No caso da pesquisa da *American Association for Homecare*, acredita-se que, especialmente, os programas de atendimento domiciliar financiados pelo setor público naquele país têm sofrido cortes de financiamento. No Brasil, entretanto, percebe-se um crescimento de empresas de *home care* nos últimos cinco anos. Estatisticamente, o atendimento domiciliar diminui o custo diário do paciente entre 10% e 60%. Os atendimentos, por sua vez, podem ser categorizados em alta, média e baixa complexidade, sempre vinculados à doença do paciente e dependendo do seu estado de saúde, ou da intervenção a que se submeteu, ou ainda, do diagnóstico formulado pelo médico (MENDES, 2001).

1.1 Globalização da Economia em *Home Care*

O movimento da reforma sanitária brasileira constituiu-se uma das frentes de luta pela democratização e conquista de direitos sociais. Apesar de muitos fatores desfavoráveis, os vinte e poucos anos de luta possibilitaram conquistas que se expressam no reconhecimento constitucional do direito à saúde, criação e efetivação de mecanismo de participação e controle social e de descentralização dos serviços de saúde (COSTA; BONFIM, 2001).

Na atual conjuntura, há favoráveis mudanças na vigilância sanitária, na construção de Sistema Único de Saúde (SUS), surgindo novos atores, com a capacidade de propor e de pressionar a implementação de políticas setoriais mais ajustada às necessidades em saúde. Os questionamentos sobre a ineficácia do modelo de atenção hegemônico apontam para a busca de novas formas de pensar e atuar em saúde, favorecendo a construção de modelos alternativos que privilegiem a intervenção sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, em vez da atuação focalizada, apenas, na doença (COSTA; BONFIM, 2001).

Nessa perspectiva, medidas sanitárias e diversas disposições normativas de interesse coletivo, para contribuir com a construção do direito à saúde, começam a sair do papel, a partir da organização e capacitação institucional, compartilhamento de recursos financeiros e apoio técnico aos Estados, qualificação de recursos humanos, articulação entre os serviços federais, estaduais e desses com os municipais, aproximação com instâncias organizadas da sociedade e do Sistema Único de Saúde. Pode-se, então, contar com ministério público em ações de fiscalização da vigilância sanitária (COSTA; BONFIM, 2001).

Considerando o atual processo de globalização da informação e da economia, que exige da vigilância sanitária agilidade, eficácia, controle e qualidade, é fundamental um sistema de informação, através de relatórios que garantam ações de desenvolvimento e emissão de dados que assegurem aos pacientes graves a permanência em casa, sem risco, e com monitorando da sua qualidade de vida.

Os serviços de vigilância sanitária e seus realizadores humanos necessitam estar capacitados e permanentemente atualizados, em termos técnicos e científicos, para exercer uma função mediadora entre os interesses econômicos e da saúde, cabendo gerenciar os riscos sanitários de modo a proteger a saúde dos consumidores, do ambiente e da população como um todo.

O exercício da função regulatória requer competência técnico-científica e o emponderamento social, o que implica na apropriação coletiva de uma ética da responsabilidade pública pelos interesses da saúde. As ações da vigilância sanitária constituem-se ações de saúde e, ao mesmo tempo, instrumentos da organização econômica da sociedade, pois a sua função protetora abarca, não apenas, cidadãos e consumidores, mas também os produtores (COSTA, 1999).

1.2 *Home Care*: uma modalidade de assistência à saúde

Home Care, ou atenção domiciliar, é uma alternativa cada vez mais prestigiada por pacientes e familiares, pois oferece conforto e humanização ao tratamento. Substitui a internação hospitalar, após a autorização médica, com benefícios diversos, como estar próximo de parentes e amigos, permanecer num ambiente mais aconchegante, além de tirar o peso psicológico de estar preso a um leito hospitalar (MOTA; COELHO; 2005).

Claro que o *home care* não oferece todos os recursos terapêuticos de um hospital. Justamente por isso, só pode ser adotado depois de uma rígida avaliação médica, visto que sempre existem casos que não podem abrir mão de tais recursos. Porém, para os pacientes que estão aptos a esse tipo de tratamento, existem outras vantagens: o custo, cerca de 30% a 60% mais em conta do que a internação hospitalar, dependendo da situação clínica e a possibilidade de ter o apoio integral de uma equipe multidisciplinar:

Os pacientes que podem usufruir o tratamento domiciliar podem apresentar diversas complexidades clínicas. Desde os mais graves e crônicos, que dependem de equipamentos e cuidados diferenciados, até aqueles de menor gravidade, que necessitam de cuidados pontuais, como procedimentos de enfermagem para aplicação de medicamentos, realização de curativos ou monitoramento (DENISE VAN AANHOLT, coordenadora do GANEP-LAR).

Home Care no Brasil entrou em cena no final da década de 1940, com a iniciativa de um hospital público municipal. No início da década de 1990, observou-se um crescimento no setor privado. O GANEP, logo após sua fundação, também contemplou o *home care*. No entanto, atuava apenas com o atendimento e o treinamento em terapia nutricional enteral e parenteral, no qual foi pioneiro. O Departamento de Atenção Domiciliar GANEP-LAR, uma subdivisão do GANEP Nutrição Humana, veio ampliar os serviços domiciliares, atendendo indivíduos para procedimentos e internação hospitalar (VAN AANHOLT).

Fundado em 1995, o GANEP-LAR segue os passos do GANEP que é referência em terapia nutricional no Brasil. Oferece atendimento domiciliar a pacientes tratados inicialmente em hospitais e que estão autorizados por seus médicos a continuar o tratamento em suas residências.

Na maioria das situações, o atendimento domiciliar é procurado por portadores de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão ou câncer; por portadores de necessidades especiais que precisam de cuidados constantes e diferenciados e, também, para casos de doenças neurológicas e, ainda, em doenças degenerativas, como *Parkinson* ou *Alzheimer*.

Realizam-se, em média, 80 atendimentos por dia, sendo que, desse total, 15 a 20 pacientes necessitam de procedimentos como curativos ou administração de medicamentos (VAN AANHOLT).

Quando o GANEP-LAR iniciou suas atividades, contava apenas com o atendimento nutricional. O atendimento da equipe multidisciplinar começou anos depois, primeiramente, com o apoio de uma equipe de enfermagem. A base do atendimento domiciliar está na enfermagem. São profissionais extremamente ativos e que têm maior contato com os pacientes e familiares (VAN AANHOLT).

A enfermagem é responsável pelos cuidados básicos, como higiene pessoal, realização de curativos e administração de medicamentos, manipulação de equipamentos e treinamentos. Para isso, é imprescindível uma equipe completa, daí porque o *home care* tem como base uma abordagem multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogos e setor administrativo, com uma logística bem montada. Nesses casos, todos os recursos tecnológicos, medicamentos e outros materiais são disponibilizados juntamente com o apoio de um auxiliar de enfermagem em tempo integral.

1.3 *Home Care* no Ceará: Experiência de um serviço de referência privado

A partir da ideia de implantar um serviço de atendimento domiciliar, em um plano de saúde privado de Fortaleza, o ‘Programa de *Home care* teve início, em setembro de 1998 quando, em visita a vários serviços públicos e privados, dentre eles a Associação Domiciliar Unimed (ADUC/UNIMED CAMPINAS), foi constatado o sucesso e a economia gerada pelo *Home care*.

A proposta de prestar uma assistência diferenciada, com um baixo custo, a pacientes crônicos, em repetidas internações, geralmente, prolongadas sinalizou ser esse um diferencial para a sobrevivência e crescimento da cooperativa que tinha por maior lastro a manutenção indefinida em hospitais credenciados deste tipo de paciente.

Foi neste contexto que, em 1º de dezembro de 1998 iniciou-se o funcionamento desse serviço privado. No primeiro momento, com uma equipe formada por: dois médicos,

um assistente social, uma enfermeira, um fisioterapeuta, dois auxiliares de enfermagem e dois socorristas em duas viaturas pequenas, atendendo a vinte pacientes selecionadas através de busca dirigida nos hospitais, com período de internação superior a 30 dias, alto custo para cooperativa e mais de cinco internações no último ano.

Apesar da pouca divulgação e da discreta campanha de *marketing*, a busca intensa de cooperados e familiares para inclusão de seus pacientes fez o serviço crescer rapidamente, muito além das expectativas iniciais.

Ao final de um ano de atividade, foram atendidos pelo serviço 374 pacientes. A equipe de profissionais cresceu totalizando vinte e uma pessoas. Logo, foi necessário inserir novos profissionais, médicos, nutricionistas, terceirização de terapias específicas com concorrência entre prestadores credenciados da operadora para os serviços de: fisioterapia, fonoaudióloga, hemotransfusão, quimioterapia, alimentação enteral e parenteral, oxigenoterapia, suporte ventilatório e auxiliares de enfermagem para viabilizar internamentos domiciliares, além do aumento da frota.

Vale ressaltar a criação da Equipe Móvel de Enfermagem, com baixo custo, mas que viabilizou o atendimento de pacientes temporários e pediátricos, instituindo novas formas de atendimento, incluídos no serviço para absorver um maior número de pacientes, abreviando, assim, o período de internação hospitalar ou, até mesmo, evitando-a, em parceria com seus médicos assistentes.

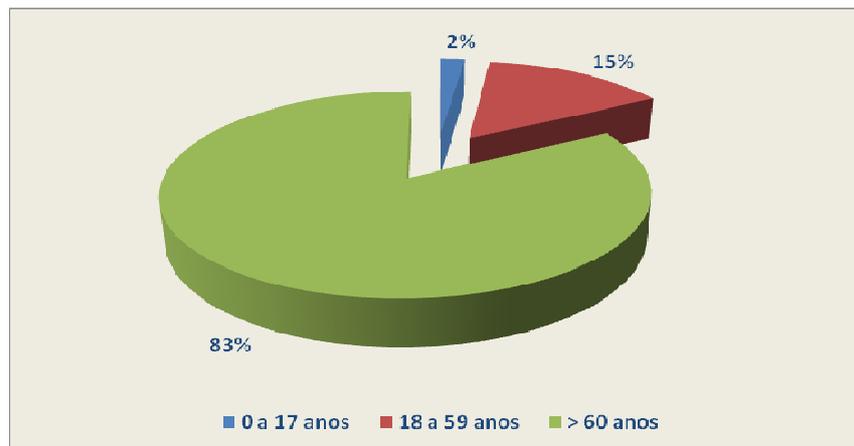
De acordo com avaliação do próprio serviço, o primeiro ano representou a estruturação e consolidação do serviço de *home care* entre cooperados e usuários. Os resultados obtidos foram bastante animadores.

Pacientes e familiares têm apresentado alto grau de satisfação com relação à assistência domiciliar e o resultado, em termos de melhoria clínica, superação ou não progressão dos *déficits*, queda no número de re-internações, estreitamento dos vínculos familiares e diminuição considerável dos custos em relação à utilização anterior na rede credenciada, são indicadores positivos que reforçam os acertos e a importância e magnitude do programa.

No segundo ano o crescimento do serviço continuou e, ao final de dois anos de funcionamento, foram atendidos 1.186 pacientes. A equipe cresceu totalizando 36 pessoas.

Em Novembro de 2000 a equipe do *home care* atendeu a 368 pacientes crônicos e 32 pacientes temporários, sendo 57% do sexo feminino e 43% do sexo masculino (Gráfico 2). Atualmente, no seu décimo ano o programa é considerado um Hospital virtual dado o grande número de pacientes atendidos na grande Fortaleza, cuja maior incidência é de pessoas com 60 anos ou mais (Gráfico 1).

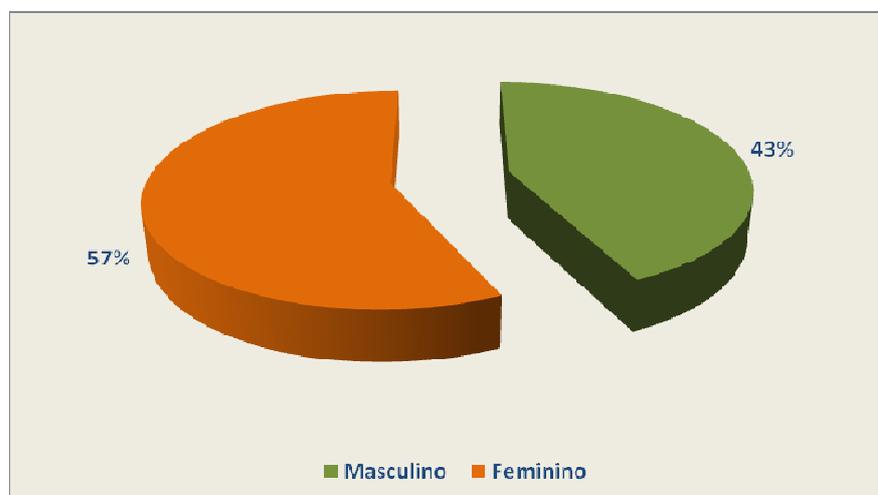
GRÁFICO 1 - PACIENTES CRÔNICOS POR FAIXA ETÁRIA



Fonte: UNIMED (2000)

Vê-se que a maior incidência de pacientes atendidos refere-se àqueles que estão na faixa acima de 60 anos, que corresponde a 83% dos pacientes submetidos ao serviço de atendimento domiciliar.

GRÁFICO 2 - PACIENTES POR SEXO



Fonte: UNIMED (2000)

O Serviço conta com a parceria de serviço de urgência 24 horas, e suas

intervenções com os pacientes em suas agudizações e de Hospital da mesma operadora, dando suporte físico e material, possibilitando o internamento de pacientes e sua monitorização (TEIXEIRA, 2007).

1.4 Fatores que justificam a adoção do Sistema de *Home Care*

O desenvolvimento, na área privada, do atendimento domiciliar no Brasil, ocorreu sem o suporte de um padrão de licenciamento que orientasse o crescimento da modalidade *Home Care*, de uma forma uniforme e eficaz. A própria definição desse tipo de serviço sofreu várias interpretações e sua natureza básica foi, muitas vezes, mal representada. Por muito tempo havia poucos profissionais com experiência nessa área no Brasil e os estrangeiros sofriam com a falta de compreensão da cultura e da realidade socioeconômica brasileira. Porém, a realidade vem se transformando. Já existem muitos talentos nacionais, que estão se empenhando no desenvolvimento de uma modalidade que promete se impor no futuro no sistema de saúde.

Segundo Mendes (2001) a assistência domiciliária à saúde é um tipo de atendimento que pode ser desenvolvido como estratégia de desospitalização para qualquer nível de complexidade de atenção, ou seja, ele perpassa os três níveis de atendimento no ambiente domiciliário. É justamente nesse contexto que se consolida o atendimento domiciliário no Brasil, o qual vem proliferando tanto no setor público como no privado, principalmente com o objetivo de manter o paciente em casa, contando com todas as vantagens que esse tipo de assistência proporciona otimização dos custos, maior rotatividade dos leitos hospitalares, individualização da assistência, humanização da finitude para pacientes sem possibilidade terapêutica, dentre outros.

Pesquisas comprovam um aumento da população idosa, e conseqüentemente um aumento no número de doenças relacionadas à senilidade. O aumento da incidência de doenças crônicas e a incapacitação funcional não podem ser ignorados, pois os custos de gerenciamento dessas condições prometem ter um aumento significativo. Para o Plano de Saúde, o *Home care* oferece um serviço extra e promove um aumento na qualidade de vida de seus usuários, além de benefícios decorrentes da redução nos seus custos com hospitalização. O *Home care* favorece um maior controle da utilização de recursos em áreas como centro

médico, terapêutico e diagnóstico. Terapias hospitalares de alto custo geralmente podem ser realizadas em uma fração de custo reduzido em *Home care*.

O grande interesse do cidadão pelo gerenciamento de sua própria saúde e pela saúde dos seus amigos e familiares oferece uma oportunidade singular para essa modalidade, por exemplo, a chance da transferência programada e responsável de certas tarefas (que tradicionalmente estavam a cargo do médico, enfermeiro e do hospital) para o paciente, amigo ou familiar. Estas pessoas passam a ter um novo papel no sistema *Home care*: o do cuidador informal.

O Cuidador Informal ou o paciente, podem ser treinados no gerenciamento diário de sinais e sintomas relacionados com a alternância das condições de saúde, troca de curativos em lesões simples e de baixo risco, administração e monitoramento de dietas especializadas, administração de certos medicamentos e outros procedimentos seguros. Como resultado, o cliente/paciente terá uma vida mais saudável, sem a ameaça de repetidas hospitalizações e maior controle dos resultados de seu tratamento, além da satisfação de estar em seu lar.

Muitos países destinam boa parte de suas verbas para o financiamento e tratamento de enfermidades, ao invés de investi-las em prevenção ou manutenção da saúde. O sistema de *Home Care* nos dá a oportunidade de intervir beneficentemente, na prevenção e tratamento precoces de várias patologias e suas sequelas, por intermédio da metodologia de ensino e programas de prevenção para clientes e cuidadores. O aumento do custo vinculado à prestação de serviços de saúde para pessoas que são ou não asseguradas. O inevitável aumento geral do custo da medicina no país.

Para o Hospital, que encontra dificuldades, em relação aos pacientes de permanência prolongada e de alto custo, o *Home care* oferece uma alternativa de tratamento que mantém ou melhora os padrões de atendimento, reduzindo, significativamente o custo de internação, bem como, possibilitando maior rotatividade de leitos, dando chance a pacientes mais necessitados de hospitalização. Convém frisar que o *Home care* não é uma alternativa ao internamento hospitalar, quando o paciente tem uma indicação clínica que necessite dos recursos físicos e profissionais de um hospital, pois nesses casos, o melhor ambiente para ele é sem dúvida, o hospital.

1.5 A necessidade de gerenciamento de custo e risco pelos planos de saúde

A busca, já evidente, da eficiência e da metodologia de gerenciamento do custo no competitivo mercado hospitalar e de Planos de Saúde no Brasil, tem incentivado as fontes pagadoras a monitorarem todos os parâmetros e meios empregados no fornecimento de serviços aos seus usuários. A desconsideração do *Home Care* como ferramenta importante no gerenciamento de custos, aumento da qualidade e da fidelidade dos usuários, mostrará num futuro próximo, ser um erro sério de planejamento.

A ampliação de cuidados domiciliares como estratégia nos serviços de Internação Domiciliar e no Programa de Saúde da Família configura novos saberes e fazeres na equipe de saúde que valorizam características do trabalho voltadas para a integralidade, intersubjetividade e cuidado centrado na Família.

Nessa perspectiva, os cuidados domiciliares trazem implicações para o ensino e para o serviço na reorganização das práticas de saúde e de ensino que permitam a reflexão e ação sobre essa estratégia. Assim, cabe contextualizar o cuidado domiciliar como estratégia de reversão do modelo assistencial em saúde e as demandas e necessidades advindas dessa estratégia na formação dos profissionais de saúde.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se, no contexto da atenção à saúde no Brasil, como uma realidade em construção. Nesse movimento, buscam-se alternativas na configuração de práticas sanitárias que superem o modelo assistencial centrado na doença e nos cuidados prestados no ambiente hospitalar, para avançar na configuração de saberes e fazeres que tenham como enfoque a identificação e a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas e que sejam centrados no usuário e nas características fundamentais do cuidado em saúde.

Em consequência, observa-se a emergência e a ampliação de espaços de atenção não-tradicionais: Estratégia de Saúde da Família, Assistência Domiciliar nas diversas modalidades, casa de cuidados paliativos, dentre outros. Esses espaços representam esforços na reconstrução de um modelo de atenção o que exige, na sua gênese, repensar o processo de trabalho e a organização das tecnologias nesses novos *locus* (MOTA, 2005).

Reverter o modelo assistencial implica buscar uma assistência integral, equânime,

que garanta a qualidade de vida e a autonomia dos sujeitos no processo. Nessa construção, é preciso ter clareza a respeito da co-responsabilidade do Estado, da sociedade e dos usuários, individual e coletivamente, na produção da saúde.

O cuidado domiciliar engloba e perpassa três modalidades de atenção: visita domiciliar, assistência domiciliar e internação domiciliar. Em cada uma dessas modalidades visualizam-se características fundamentais que devem ser garantidas: a integralidade, a interssubjetividade e o cuidado centrado no usuário e na família (MOTA, 2005).

Pensar integralmente o cuidado domiciliar supõe que este deva sustentar-se no trabalho de uma equipe multiprofissional, com enfoque interdisciplinar em uma visão multifacetária, na combinação de tecnologias e na complementariedade do trabalho em saúde (SILVA *et al*, 2004).

Por outro lado, o cuidado domiciliar pode ser apenas um reforço do modelo médico hegemônico, com predomínio de uma medicina tecnológica que estimule a produção de atos e procedimentos em que os sujeitos são meros consumidores. Nessa concepção, o domicílio se torna, apenas, mais um espaço, sem nenhum impacto na mudança do modelo assistencial.

Construir outra perspectiva implica, também, assumir o cuidado domiciliar como uma interface de diálogo entre os profissionais de saúde, o ser cuidado e a família no qual há a valorização das subjetividades com criação de vínculo e co-responsabilização dos sujeitos pelas situações de saúde.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define Assistência Domiciliar como:

A provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos.

Na configuração de novas práticas em saúde, um elemento norteador é a formação dos profissionais que atuam no setor. Os conhecimentos e habilidades necessários para o cuidado domiciliar passam, então, a serem discutidos como temática na estruturação dos modelos de ensino dos profissionais de saúde em níveis de graduação, pós-graduação e

Educação Permanente.

Tais considerações partem da constatação do distanciamento entre a formação dos Recursos Humanos em saúde e a finalidade de sua prática, ou seja, o cuidado em todas as suas dimensões. Nesse movimento, assumindo uma formação contextualizada à realidade, torna-se necessário fortalecer a articulação ensino-serviço e a integralização dos conteúdos de ensino-aprendizagem assumindo o cuidado domiciliar como uma das possibilidades de atuação.

1.6 ANS na Assistência Domiciliar

A Agência Nacional de Saúde (ANS) é uma pessoa jurídica de direito público, autarquia especial caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. É vinculada ao Ministério da Saúde com atuação em todo território nacional (CUNHA, 2003).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar desencadeou, a partir de 2004, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, mediante o qual as operadoras de saúde passaram a ser avaliadas, também, pela qualidade da atenção à saúde prestada a seus beneficiários. Pode parecer estranho, mas como a saúde suplementar é uma atividade econômica, incluir a responsabilidade pela saúde dos usuários como compromisso básico das operadoras é uma inovação, uma vez que, tradicionalmente, esse setor se move em busca do lucro e da saúde financeira das empresas, como qualquer outro setor da economia. Então por iniciativas próprias, ou incentivadas pela ação da Agência Nacional de Saúde (ANS), as operadoras de saúde passaram a, oficialmente, se ocupar da gestão do cuidado (CAMPOS *et al*,2006).

Conforme previsto no artigo 174 da Constituição Federal, o Estado, como agente normativo e regulador da atividade econômica, deverá exercer, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo determinante ao setor público e indicativo para o setor privado, pois a saúde é um serviço de interesse geral, na qual é reconhecido o caráter suplementar da saúde privada, como dispõe o artigo 199 da Carta Magna(BRASIL, 1988), desempenhada como serviço de interesse econômico em geral, interesse esse, que justifica a regulação desse setor. Essa autarquia especial foi criada com a finalidade de promover a

defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, através da regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com os usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Sua atuação é restrita à regulação dos serviços das operadoras de planos privados de assistência à saúde, competindo à Agência zelar pelo fiel cumprimento da Lei 9656/98 (BRASIL, 1998) e por sua regulamentação normativa, no âmbito da saúde suplementar no Brasil.

A Agência tem competência de ‘polícia normativa, decisória e sancionatória’ exercida em qualquer modalidade de produto, serviço e contrato, que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que os diferenciem da atividade exclusivamente financeira, conforme a Lei 9656/98 (BRASIL, 1998, artigo 1º, §1º.). No âmbito dessa competência, a Agência Nacional de Saúde Suplementar assegura aos consumidores a existência de medidas, como a imposição de sanções para os atos irregulares cometidos pelas operadoras, na qual há instauração de um processo administrativo. Esses atos irregulares, que contrariam a legislação em vigor, podem ser denunciados pelos consumidores através do disque ANS ou pessoalmente, nos núcleos regionais da Agência, espalhados por alguns Estados do Brasil. O consumidor tem o direito e se identificar, ou não, no ato da denúncia.

Uma das finalidades da criação da ANS é equilibrar as relações existentes entre os consumidores, a parte mais fraca, e as operadoras de planos de saúde, a parte mais forte dessa relação de consumo, garantido ao consumidor o menor prejuízo, ocasionado pelos planos privados de assistência à saúde e pelas operadoras, além da ‘defesa do mercado’, com a regulação desse setor, que seve a uma parte expressiva da população brasileira (CUNHA, 2003).

Segundo a NOB-SUS 01/96, a atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos: o das políticas externas ao setor de saúde, o das intervenções ambientais e o da assistência, em que as atividades são dirigidas a pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.

2 PERFIL DOS PACIENTES DEPENDENTES DE ODP EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Os pacientes que, mais frequentemente, necessitam de assistência domiciliar com o uso de oxigenoterapia são, geralmente, portadores de doenças crônicas degenerativas, muitos sem possibilidade terapêutica de cura, e a grande maioria de doenças respiratórias como Fibrose Pulmonar, Fibrose Cística, Bronquiectasias, Deformidades Torácicas entre outras, e as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas.

A Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, e não é totalmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é, geralmente, progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões, à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada, principalmente, pelo tabagismo. Embora a DPOC comprometa os pulmões, ela também produz consequências sistêmicas (II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica-DPOC-2004).

O processo inflamatório crônico pode produzir alterações dos brônquios (bronquite crônica), bronquíolos (bronquiolite obstrutiva) e parênquima pulmonar (enfisema pulmonar). A predominância dessas alterações é variável em cada indivíduo, tendo relação com os sintomas apresentados.

Não se conhece a real prevalência da DPOC no contexto em que se vive. Os dados de prevalência para o Brasil, obtidos até o momento, são resultantes de questionário de sintomas, que permitem estimar a DPOC em adultos maiores de 40 anos em 12% da população, ou seja, 5.500.000 indivíduos. A DPOC, em 2003, foi a quinta maior causa de internamento no sistema público de saúde do Brasil, em maiores de 40 anos, com 196.698 internações e gasto aproximado de 72 milhões de reais (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2004).

No Brasil, vem ocorrendo um aumento do número de óbitos por DPOC nos últimos 20 anos, em ambos os sexos, tendo a taxa de mortalidade passado de 7,88 em cada 100.000 habitantes, na década de 1980, para 19,04 em cada 100.000 habitantes, na década de 1990, com um crescimento de 340%. A DPOC, nos últimos anos, vem ocupando da 4ª à 7ª posição entre as principais causas de morte no Brasil (JORNAL BRASILEIRO DE

PNEUMOLOGIA, 2004).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica também é responsável por um enorme custo financeiro. Globalmente, combinando a prevalência da doença com seu impacto, a DPOC promove gastos da ordem de US\$ 1.522 por doente ano (CAMPOS, 2002).

A tosse é o sintoma mais encontrado, pode ser diária ou intermitente e pode preceder ou ocorrer simultaneamente a essa doença. O aparecimento da tosse no fumante é tão frequente, que muitos pacientes não a percebem como sintomas de doença, considerando-a como o 'pigarro do fumante'. A tosse característica da DPOC ocorre em, aproximadamente, 50% dos fumantes.

A dispnéia (falta de ar) é o principal sintoma associado à incapacidade, causando a redução da qualidade de vida e pior prognóstico. É, geralmente, progressiva de acordo com a evolução da doença. Muitos pacientes só referem a dispnéia quando já se encontram em uma fase mais avançada da doença, pois atribuem parte da incapacidade física ao envelhecimento e à falta de condicionamento físico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial (BM) estimaram, em 1990, que a prevalência da DPOC fosse da ordem de 9,33 por 1.000 homens e de 7,33 por 1000 mulheres (CAMPOS, 2002).

A presença de sintomas respiratórios crônicos no paciente com hábito tabágico (cigarro, cigarrilha, cachimbo, charuto) deve levar a suspeita clínica de DPOC. Quanto maior a intensidade do tabagismo, maior a tendência ao comprometimento da função pulmonar, embora a relação não seja obrigatória. Aproximadamente, 15% dos fumantes desenvolvem DPOC.

A exposição à fumaça de combustão de lenha, a poeiras e à fumaça ocupacional deve ser pesquisada e pode ser encontrada no paciente com DPOC. Nessa pesquisa devem ser feitas avaliações espirométrica, radiológica e gasométrica, entre outros testes de avaliação respiratória. Os sintomas apresentados na DPOC são achados inespecíficos e podem levar à confusão diagnóstica. São várias as doenças respiratórias que servem de diagnóstico diferencial. Asma brônquica, Bronquiolites, Bronquiectasias, Tuberculose, Insuficiência Cardíaca congestiva e outras

A oxigenoterapia tem demonstrado ser, de forma inequívoca, o principal

tratamento para melhorar a sobrevivência de pacientes hipoxêmicos portadores de DPOC, tendo como objetivo a manutenção da saturação arterial da oxiemoglobina acima de 90% (SaO₂ 90%), documentada na gasometria arterial.

Constituem indicação para a prescrição de oxigenoterapia prolongada domiciliar a baixos fluxos os seguintes achados laboratoriais e de exame físico:

PaO₂ 55 mmHg ou saturação, 88% em repouso; PaO₂ entre 56 e 59 mmHg com evidências de cor pulmonal ou policitemia. Embora a avaliação oximétrica seja um guia eficaz para triagem de candidatos à oxigenoterapia, é necessária a realização da gasometria arterial, pois ela permite uma avaliação mais precisa das trocas gasosas, com documentação da PaO₂ e da condição ventilatória do paciente pela avaliação da PaCO₂. Os fluxos de oxigênio devem ser titulados utilizando-se o oxímetro de pulso durante repouso, exercício e sono, até obter-se a saturação de pulso da oxiemoglobina maior ou igual a 90% (SpO₂ 90%). O período de oxigenoterapia domiciliar deve incluir as 12 horas noturnas, pois a hipoxemia durante a vigília se acentua durante o sono, em razão da irregularidade respiratória noturna fisiológica.

Não se demonstrou ainda que pacientes com hipoxemia apenas noturna tenham benefícios com uso do oxigênio noturno em relação àqueles com igual condição que não o recebam, mas já existem evidências de aumento de pressão na artéria pulmonar durante o dia, em pacientes com dessaturação de oxiemoglobina durante o sono. Recomenda-se que a prescrição de oxigênio, utilizada durante o dia em repouso, adicione-se mais 1L/min durante a noite. O ideal é determinar, individualmente, a dose suplementar adequada do oxigênio noturno com oximetria contínua durante o sono. Recomenda-se o aumento do fluxo de O₂ aos esforços em pacientes que já o utilizam em repouso e sua prescrição naqueles que só dessaturam as atividades físicas, de acordo com as necessidades específicas (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2004).

Em um trabalho recente realizado em serviço de *home care* privado da Unimed Lar, foi feito um estudo em pacientes com insuficiência respiratória crônica, dependentes de oxigenoterapia domiciliar prolongada nos meses de março, abril e maio de 2007, para identificar o perfil desses pacientes. Foi feita uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, realizada a partir da re-leitura dos prontuários dos pacientes assistidos pelo serviço Unimed Lar. Segundo a pesquisa, 236 pacientes utilizaram oxigenoterapia prolongada por

concentrador de oxigênio, dos quais 58,5% eram do sexo feminino, 41,5% do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 51 a 80 anos com 47%, tendo maior incidência de doenças respiratórias com percentual de 42%. A maioria de pacientes estava acamada (73,3%), e 26,2% eram traqueostomizados (SOUSA, 2007).

2.1 Oxigenoterapia domiciliar prolongada

A Oxigenoterapia é um tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada por meio de uma maior concentração de O₂ no ar inspirado, com o objetivo de manter bons níveis de oxigenação em pacientes portadores de insuficiência respiratória crônica por diversas enfermidades respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e bronquiectasias adquiridas. Os pacientes que vivem com hipoxemia (baixa do teor de oxigênio no sangue) e, muitas vezes, hipercapnia (excesso de dióxido de carbono no sangue), apresentam significativo comprometimento físico, psíquico e social, com repercussão negativa na qualidade de vida, apresentando, ainda, repetidas complicações, que o conduzem a numerosas internações hospitalares e conseqüente aumento do custo econômico para os sistemas de saúde.

Por todas as considerações expostas, a administração de O₂ domiciliar começou a ser praticada há, aproximadamente, 50 anos, a partir das observações do Dr. J. E. Cotes, na Inglaterra. Entretanto, somente a partir da década de 1970 é que se confirmou que a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), tanto melhorava a qualidade de vida do paciente portador de DPOC com hipoxemia crônica, como prolongava a sua expectativa de vida. No entanto, A ODP é uma modalidade de tratamento de custo elevado, devendo a indicação clínica ser precisa e cumprir os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2004).

Dentre as várias patologias citadas, que têm indicação do uso de oxigênio contínuo, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases

tóxicos, causadas primariamente pelo tabagismo (II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica- DPOC 2004).

A DPOC, em 2003, foi a quinta maior causa de internamento no sistema público de saúde do Brasil, em maiores de 40 anos, com 196.698 internações e gasto aproximado de 72 milhões de reais (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2004).

A assistência domiciliar é um tema que, atualmente, traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como *home care* (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente, favorecendo a um cuidado mais humanizado e maior economia para planos de saúde e rede pública.

A assistência domiciliar é um tema que, atualmente, traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como *home care* (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente, favorecendo a um cuidado mais humanizado e maior economia para planos de saúde e rede pública.

A indicação de oxigenoterapia domiciliar é realizada através de concentradores de oxigênio, ou seja, equipamentos elétricos, que possuem uma peneira molecular que retém o nitrogênio e outros gases contidos no ambiente, deixando passar, apenas, o oxigênio, numa concentração de O_2 (FiO_2) acima de 95%. O concentrador possui um fluxo máximo limitado de até 5 litros por minuto, utilizando a energia elétrica para funcionar, no que torna necessária a instalação de um cilindro de O_2 como ação preventiva, para segurança do paciente na falta de energia elétrica.

As vantagens do concentrador é que esse possui volume de gás ilimitado não havendo necessidade de recarga, não ocupa espaço, é de fácil manuseio, possui baixo custo de manutenção, com autonomia de funcionamento, enquanto houver energia elétrica. Já as desvantagens desse equipamento, estão no fato de ser ruidoso e, principalmente, onerar a conta de energia elétrica do usuário, com o acréscimo de 400 watts, causando um grande impacto financeiro no orçamento familiar e desgastes entre as famílias dos pacientes e os diversos serviços de assistência domiciliar, públicos e privados

A grande questão nessa modalidade de assistência é em relação ao acesso ao direito à saúde constitucionalmente garantida, visto que

A saúde é um direito de todos e, dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, artigo 196).

Em consequência, os pacientes em atenção domiciliar, além de colaborarem com a maior rotatividade dos leitos hospitalares não são assistidos na contrapartida de responsabilidade do Estado.

Então, não seria responsabilidade do Estado garantir a permanência destes pacientes no seu domicílio independente de sua classe social? Por dedução lógica, se uma pessoa substitui, por opção ou por conveniência médica, o tratamento que deveria ser feito em hospital público ou privado, pelo tratamento domiciliário, o Estado deveria responsabilizar-se pelo gasto adicional de energia em cada situação específica, em que o critério estabelecido seria para todos os pacientes, independente de classe social, que necessitem de tratamento domiciliar, com equipamentos de suporte a vida ligada à rede elétrica.

O oxigênio começou a ser utilizado, há mais de 200 anos, como elemento de vital importância para o ser humano. O seu uso, como forma de tratamento médico, em hospitais teve início por volta de 1922, e na década de 1950 já se prescreviam pequenos cilindros de oxigênio sob pressão para serem utilizados durante a deambulação em portadores de DPOC grave (MACHADO, 2001).

A Oxigenoterapia consiste num tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial (PaO_2) é aumentada por meio de uma maior concentração de oxigênio no ar inspirado. A oxigenoterapia é uma terapêutica eficaz para os doentes com insuficiência respiratória. Seu objetivo é manter os níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia (baixa da concentração de oxigênio no sangue). Esse tratamento demonstrou, em vários estudos efetuados, diminuir a hipertensão arterial, aumentar a tolerância ao esforço e reduzir o número de hospitalizações, melhorando, dessa forma, a qualidade de vida dos doentes respiratórios (ZEFERINO, 2004).

A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) é considerada, atualmente, o principal tratamento não farmacológico para portadores de DPOC e hipoxemia crônica. Outros benefícios adicionais também foram descritos com a ODP, como a melhoria da função

respiratória, prolongando a expectativa de vida e redução do número de internações (<http://www.sciello.br>,2007).

A administração de oxigênio domiciliar já existe há, aproximadamente, 50 anos, a partir de observações de COTES (1950), na Inglaterra. Entretanto, só a partir da década de 1970 é que se confirmou que a ODP melhorava a qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC, com hipoxemia crônica, embora se saiba que a maioria dos benefícios decorrentes dessa forma terapêutica podem ocorrer em hipoxemias de outras etiologias. A partir de então, milhares de pacientes recebem essa forma terapêutica em todo mundo.

A referência internacional da oxigenoterapia domiciliar varia enormemente, desde 240/100.000 nos EUA, até 20/100.000 na Finlândia. Estatísticas européias apontam prevalência aproximada de 40 pacientes 100.000 habitantes como usuários de O₂, cronicamente, no Brasil teríamos aproximadamente 65.000 pacientes nessas condições. Sabe-se que esses pacientes recebendo ODP, resultam em elevados gastos com frequentes internações hospitalares por complicações decorrentes da hipoxemia² crônica não corrigida.

A ODP é dispendiosa e sua utilização domiciliar é passível de abuso potencial. A sua orientação médica para pacientes portadores de doenças pulmonares graves e seu acompanhamento requer uma série de exames periódicos. Portanto, a literatura especializada recomenda a adoção de um protocolo para prescrição otimizada da ODP e seu controle adequado. É essencial que tenham linhas mestras preestabelecidas indicações sejam precisas e também que os médicos saibam como prescrevê-las. A cada seis meses no mínimo, deve ser realizada gasometria arterial, oximetria de pulso, para reavaliação da ODP (FERNANDES, 1999).

A melhoria de sobrevida, em pacientes com uso ODP, é um argumento científico para portadores de hipoxemia crônica grave (pressão arterial de oxigênio ou PaO₂<55mmHg), e está baseada em dois trabalhos clássicos: o norte americano *Nocturnal Therapy Trial* (NOTT) e o britânico *Medical Research Council* (MRC), publicados no início da década de 1980, que mostraram que a oxigenoterapia aumenta a sobrevida dos portadores de DPOC e hipoxemia grave (FERNANDES, 1999).

² Hipoxemia baixa no teor de oxigênio do sangue representada por um valor de PaO₂ abaixo de 60mmHg medido na gasometria arterial.

Hipercapnia: excesso de dióxido de carbono no sangue representado por um valor da PaCO₂ acima de 50mmHg medida na gasometria arterial.

No estudo do MRC, os pacientes que recebiam oxigênio, no mínimo, 15h/dia foram comparados com pacientes do grupo controle que não recebiam oxigênio. A diferença de sobrevida entre os dois grupos tornou-se nítida após 500 dias e se manteve após três, quatro e cinco anos de seguimento. Após 500 dias, a taxa de mortalidade foi maior no grupo controle (29% ao ano) do que em pacientes com oxigênio (12% ao ano). A população total estudada foi constituída por 77 pacientes no estudo MRC e de 203 pacientes no NOTT (FERNANDES, 1999).

No estudo norte americano, um grupo recebeu ODP 24h/dia *versus* oxigênio somente durante 12h. A sobrevida dos pacientes que receberam ODP foi melhor quando comparada com a dos indivíduos que receberam oxigênio somente no período noturno. Após um ano o mesmo aconteceu com a taxa de mortalidade que foi de 11,9% para o grupo da oxigenoterapia contínua, contra 20,6% do grupo da oxigenoterapia por 12horas. Pode-se concluir, por esses dois estudos multicêntricos, que qualquer quantidade de oxigenoterapia é melhor do que a sua não prescrição, e que o seu uso contínuo (24h/dia) é melhor do que seu uso por 12 ou 15h/dia, com relação à melhoria da sobrevida. Após cinco anos, a sobrevida dos pacientes que receberam oxigenoterapia contínua foi de 62% *versus* 16% para o grupo-controle, sem oxigênio (FERNANDES, 1999).

Outra experiência importante foi feita no Ambulatório de Oxigenoterapia Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-SP), que iniciou, em 1996, o seu ambulatório de ODP para atender melhor aos portadores de DPOC e hipoxemia crônica. Realizou-se um estudo sobre o perfil da população usuária de ODP (129 pacientes) com um comparativo de outubro de 1996 a outubro de 1998, em que 70% dos pacientes eram portadores de DPOC grave, possuíam mais de duas comorbidades e eram internados, em média, quatro vezes ao ano, antes do controle da ODP.

Dois anos após, observaram-se diferenças estatísticas significativas, principalmente, no que se refere à frequência de internação, que caiu para uma vez ao ano. O maior benefício para os pacientes em estudo foi a substituição dos tradicionais cilindros de gás comprimido por concentradores de oxigênio. Isso foi possível depois de um estudo de custo-efetividade realizado pelo HSPE: custo da estadia por 30 dias em hospital público = R\$ 18.000,00; Custo do aluguel de um concentrador por 30 dias = R\$ 180,00, Custo do aluguel dos cilindros por 30 dias = R\$ 1.200,00 (média de seis cilindros por semana). O aluguel do concentrador proporcionou oxigenoterapia domiciliar mais barata, por tempo mais prolongado

e com maior conforto, possibilitando, assim, a redução na frequência de internação/ano. A maior vantagem desse trabalho é que ele foi pioneiro na América Latina e, a despeito das dificuldades sociais e econômicas, aplicaram diretrizes estabelecidas pela literatura internacional e obtiveram benefícios similares aos estudos de Nott e Mrc (WHITE MARTINS PRAXAIR INC).

2.2 Concentradores de oxigênio

São aparelhos elétricos, que possuem uma peneira molecular para reter o nitrogênio e outros gases contidos no ambiente e deixa passar o oxigênio, fornecendo uma concentração de oxigênio acima de 95%. Tal concentração se mantém constante, a não ser que sejam utilizados fluxos muito altos acima de 5 litros por minuto. Esse equipamento fornece oxigênio, diretamente, por máscara ou cateter nasal. Estudos clínicos mostram que esses aparelhos são terapêuticamente equivalentes a outros equipamentos provedores de oxigênio. Observa-se, portanto, que o fluxo de oxigênio do paciente que usa cilindro para o concentrador é diferente. O fluxo do concentrador, necessário para se conseguir a mesma titulação, terá que ser maior, em média 1 a 1 ½ litros a mais que o cilindro, provavelmente, devido à menor pressão do gás no concentrador, sem acarretar problemas. Ao contrário, o oxigênio sob menor pressão diminui os efeitos colaterais como irritação, edema e sangramento na mucosa nasal que podem ser frequente nos pacientes que usam apenas cilindros de O₂ (www.respironics.com).

Os Concentradores surgiram na década de 1960, em países desenvolvidos, como alternativa para proporcionar oxigenoterapia de longa duração a pacientes com DPOC, em condição domiciliar (WHO, 1993).

Nas especificações do aparelho constam: gabinete resistente a impactos e com retardamento de fogo, filtro bacteriológico e compressor, largura 48 cm (18,9 polegadas), altura 68,7 cm (26,8 polegadas), profundidade 33,78 cm (13,3 polegadas), peso 22,7 kg, temperatura da operação de 10° - 35°, O concentrador deve ser sempre mantido na posição vertical, a uma distância mínima de 10 cm de qualquer obstáculo que possa interferir na livre circulação de ar em torno dele. O tempo de operação é de 24 h por dia. Parâmetros elétricos: corrente de entrada 4,0A, consumo médio potencial: 400 W (www.respironics.com)

O suprimento do concentrador de oxigênio é uma tecnologia que produz gás *in loco*, através de processo de adsorção, o qual separa o Nitrogênio (N²) e concentra o oxigênio até o percentual superior a 92%, definido pelo Conselho Federal de Medicina, no Brasil (WHO, 1993).

O concentrador possui um fluxo máximo limitado de 0,5 até 5 litros por minuto, necessita de energia elétrica para funcionar, além de cilindro extra, na falta de energia elétrica. Entretanto, existem vantagens: volume de gás ilimitado não havendo necessidade de recarregar, não ocupa espaço, fácil manuseio, custo de manutenção baixa e tem autonomia de funcionamento enquanto houver energia elétrica. As desvantagens do concentrador de O₂ estão o fato de ser ruidoso, e onerar a conta de luz do usuário.



Figura 1 – Concentrador de oxigênio (Fonte: <http://millennium10.respironics.com>)

Levando em consideração as estatísticas européias, que apontam prevalência aproximada de 40 pacientes/100.000 habitantes, como usuários de O₂, cronicamente, pode-se inferir que, no Brasil, tem-se, aproximadamente, 65.000 pacientes nessa condição. Entretanto, sabe-se que a maioria desses pacientes não está recebendo ODP, o que resulta em gastos

elevados com frequentes internações hospitalares por complicações decorrentes da hipoxemia crônica não corrigida.

Marca INVACARE	MILENIUM	EVERFLO
400 W	450 W	350 W
1h R\$ 4,05	R\$ 4,56	R\$ 3,55
8h R\$ 32,43	R\$ 36,48	R\$ 28,38
12h R\$ 48,65	R\$ 54,53	R\$ 42,57
24h R\$ 97,29	R\$ 109,45	R\$ 85,13

QUADRO 1 - Consumo de concentradores (aproximados)

Fonte: White Martins Praxair Inc

Resumidamente, pode-se dizer que, com o objetivo de reduzir a hipóxia tecidual durante as atividades cotidianas, a ODP aumenta a sobrevida dos pacientes por melhorar as variáveis fisiológicas e sintomas clínicos; incrementa a qualidade de vida, pelo aumento da tolerância ao exercício, diminuindo a necessidade de internações hospitalares, assim como melhora os sintomas neuropsiquiátricos decorrentes da hipoxemia crônica.

Do ponto de vista fisiológico, o uso crônico de O₂ melhora sua oferta para as células, com redução da policitemia secundária. De forma semelhante, alivia o estresse miocárdico da hipoxemia, reduzindo arritmias cardíacas, especialmente durante o sono. Ainda mais, a ODP estabiliza, ou, pelo menos, atenua e algumas vezes reverte a progressão da hipertensão pulmonar e, provavelmente, melhora a fração de ejeção do ventrículo direito. Do ponto de vista da função pulmonar, existem alguns estudos sugerindo que ela pode se estabilizar com a ODP (JORNAL DE PNEUMOLOGIA, 2000).

2.2.1 Critérios Clínicos para indicação da oxigenoterapia domiciliar prolongada

A indicação de oxigenoterapia domiciliar prolongada baseia-se em dados gasométricos e clínicos. A medida da saturação de oxigênio por oxímetro de pulso é orientadora da hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada. É necessária a gasometria arterial para documentação precisa do grau de hipoxemia e ela deve ser realizada enquanto a doença está estável, sem uso de oxigênio e com paciente em repouso.

A indicação de oxigenoterapia domiciliar prolongada baseia-se em dados gasométricos e clínicos. A medida da saturação de oxigênio por oxímetro de pulso é orientadora da hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada. É necessária a gasometria arterial para efetivação precisa do grau de hipoxemia, devendo ser realizada enquanto a doença está estável, sem uso de oxigênio e com o paciente em repouso.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2004), constitui indicação para prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) a baixos fluxos os seguintes achados laboratoriais e de exame físico:

a) Oxigenoterapia contínua por longo tempo:

1. $\text{PaO}_2 < 55$ mmhg ou $\text{SaO}_2 < 88\%$ em repouso;
2. PaO_2 entre 56 e 59 mmhg ou $\text{SaO}_2 = 89\%$ associado a:
 - . Edema por insuficiência cardíaca;
 - . Evidência de cor pulmonal;
 - . Hematócrito $> 56\%$.

b) Oxigênio durante o exercício:

$\text{PaO}_2 < 55$ mmhg ou $\text{SaO}_2 < 88\%$ documentada durante o exercício.

c) Oxigenoterapia noturna:

1. $\text{PaO}_2 < 55$ mmhg ou $\text{SaO}_2 < 88\%$ documentada durante o sono;
2. Queda da $\text{SaO}_2 > 5\%$ com sinais e sintomas de hipoxemia (definidos como embotamento do processo cognitivo, fadiga ou insônia).

Após indicação formal, o paciente terá monitorização do tratamento: a medida da saturação do oxigênio (SpO_2) por oxímetro de pulso é orientadora de hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da ODP. É necessária a gasometria arterial para documentação precisa do grau de hipoxemia, devendo ser realizada durante a doença estável; Reavaliação entre 30 e 90 dias após episódio e exacerbação da doença ou após alta hospitalar para estabelecer-se o fluxo definitivo de oxigênio; A melhora da PaO_2 após 90 dias deve ser imputada aos efeitos benéficos da ODP e não devemos suspendê-la (JORNAL DE PNEUMOLOGIA, 2000).

2.2.2 Critérios de Seleção da Fonte de Oxigênio

Atualmente, existem três fontes de oxigênio disponíveis para fornecimento domiciliar: oxigênio gasoso em cilindros, oxigênio líquido e Concentradores de oxigênio. O oxigênio gasoso está disponível em todo o país, os cilindros são caros, pesados e seu transporte e armazenamento difíceis, havendo também a necessidade de reposição frequente. O condicionamento em pequenos cilindros de alumínio, mais leves que os tradicionais, permitem seu uso portátil, cujo custo dependerá do fluxo prescrito. Exemplo: na prescrição de fluxo de oxigênio de 2L por minuto durante 24 horas e através de cilindros de 5m³, o paciente necessitará de 25 a 30 cilindros por mês e seu custo aproximado será R\$ 2.000,00(dois mil reais) (WHITE MARTINS PRAXAIR INC).

Vazão	Tempo (dias)
1L/min	4,86
2L/min	2,43
3L/min.	1,62
4L/min.	1,21
5L/min.	0,97

QUADRO 2 - Duração média de cilindro do tipo K* da utilização por pacientes assistidos em *home care* com oxigenoterapia domiciliar prolongada.

*Tipo K Cilindro de 7m³ ou 7000 Litros, com 150 libras.

Os Concentradores de oxigênio fornecem oxigênio com pureza de 95% a 97% e fluxos no máximo de 5L/min. São fáceis de manejar, ocupam pouco espaço e têm autonomia de funcionamento, enquanto houver energia elétrica. O aluguel mensal varia de R\$ 255,00 (duzentos e cinquenta e cinco reais) a R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) independentemente do fluxo a ser utilizado. Esse equipamento é uma fonte inesgotável de oxigênio porque, através de suas peneiras moleculares, capta do ar ambiente, o gás em concentrações adequadas para os pacientes, sem preocupações com o reabastecimento, além de poder se movimentar livremente no seu domicílio.

Os benefícios terapêuticos da ODP estão diretamente relacionados ao número de horas/dia que o paciente utiliza e, portanto, deve-se prescrever a oxigenoterapia idealmente para 24 horas ao dia, estimulando o paciente a usá-la por maior tempo possível. Considera-se como tempo mínimo aceitável 15 horas contínuas por dia, incluindo as horas do sono (JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA, 2000).

Bases científicas para prescrição da oxigenoterapia prolongada domiciliar contínua (24h/dia), dão conta da melhoria da qualidade de vida, com argumentos científicos, aumento da tolerância ao exercício, diminuição do número de internações, melhora do estado neuropsíquico.

É necessário que haja a documentação de parâmetros ao prescrever a ODP para indivíduos com doença pulmonar avançada, resultante de hipoxemia crônica, como DPOC, doenças intersticiais e outras. A prescrição é de responsabilidade do médico, que decidirá sobre a melhor fonte de oxigênio, o fluxo e o modo de administração. É realizada a reavaliação médica periódica, por meio de exames, além de monitorização pelas equipes de Fisioterapia e Enfermagem.

3 PROGRAMAS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

As transformações socioeconômicas dos últimos vinte anos têm afetado profundamente o comportamento de empresas, até então acostumadas à pura e exclusiva maximização do lucro. Se, por um lado, o setor privado tem, cada vez mais, lugar de destaque na criação de riqueza, por outro lado, com grande poder, assume uma responsabilidade significativa perante a sociedade.

A Responsabilidade Social das empresas consiste em ações prioritárias que visam a melhorar, de forma contínua, as condições de trabalho de seus colaboradores e a proteção ao meio-ambiente. A ideia de Responsabilidade Social, incorporada aos negócios, é relativamente recente. Com o surgimento de novas demandas e maior pressão por transparência nos negócios, as empresas se veem forçadas a adotar uma postura mais responsável em suas ações.

O tema permite a reflexão sobre a necessidade de comunicação das ações das empresas que praticam Responsabilidade Social aos seus respectivos ‘*Stakeholders*’ (partes interessadas), de forma sistemática. D’Ambrosio *apud* Farias (2005, p. 2) cita que a Responsabilidade Social de uma empresa consiste na “decisão de participar mais diretamente das ações comunitárias na região em que está presente e minorar possíveis danos ambientais decorrente do tipo de atividade que exerce.”

Segundo Grajew *apud* Farias (2005, p. 2),

O conceito de Responsabilidade Social está se ampliando, passando da filantropia, que é a relação socialmente compromissada da empresa com a comunidade, para abranger todas as relações da empresa: com seus funcionários, clientes, fornecedores, acionistas, concorrentes, meio ambiente e organizações públicas estatais.

Infelizmente, muitos ainda confundem esse conceito com filantropia, mas as razões por trás desse paradigma não interessam somente ao bem estar social, mas, também, envolvem uma melhor performance nos negócios e, conseqüentemente, maior lucratividade.

A Responsabilidade Social é uma importante ferramenta estratégica nas tomadas de decisões das empresas. Segundo estudo realizado, em 2005, pela Associação dos

Dirigentes de Vendas e *Marketing* Brasil (ADV B), para a V Pesquisa Nacional sobre Responsabilidade Social nas Empresas, cujos resultados foram publicados pelo Instituto de Responsabilidade Social (IRES) mostrando que 97% das empresas atuais praticam a Responsabilidade Social. Na maioria dessas organizações, a área que conduz os projetos sociais é a de Recursos Humanos e 96% das empresas possuem executivos da alta administração envolvidos nas ações.

Certo e Peter (1993) acreditam que a Responsabilidade Social envolve atividades projetadas para melhorar a sociedade, além de, simplesmente, atender os interesses econômicos e técnicos da organização. Segundo esses autores, é este o ponto de vista contemporâneo da Responsabilidade Social. Para melhor entender a responsabilidade social, Certo e Peter (1993) enfocam quatro aspectos importantes que devem ser observados e atendidos: legal, político, competitivo e ético. O aspecto legal diz respeito às legislações federal, estadual e municipal, que afetam diretamente o consumidor, empregados, o ambiente e a sociedade em geral. O aspecto político refere-se à pressão exercida pelos ‘lobistas’- grupos com interesses em práticas comerciais- que buscam alterar as legislações desfavoráveis às organizações.

A competitividade, ou aspecto concorrencial, ocorre na medida em que as organizações afetam umas às outras e à sociedade, no processo competitivo, uma vez que um concorrente, através de medidas legais, pode diluir o poder político do outro. Quanto ao aspecto ético, os autores acreditam se tratar da tomada de decisão e auto-regulamentação na condução dos negócios, não havendo padrão universal simples para julgar se uma ação é ética. Não havendo padrão, as práticas éticas de negócio tornam-se uma questão de julgamento social.

Considerando a complexidade do fenômeno, Cheibub e Locke (2002), enfatizam que, para manter o componente ético, moral, o entendimento da RSE não pode incluir ações sociais derivadas de obrigações legais, nem de compromissos que resultaram de negociação com trabalhadores e com a comunidade, pois essas seriam resultantes de relações de poder e não, atos voluntários, como em essência se define a Responsabilidade Social.

Assim, não faria sentido chamar de Responsabilidade Social o cumprimento da lei. Os autores, então, definem Responsabilidade Social como ações que estão para além do que é estabelecido por lei, ou seja,

Implica em ações que vão além da ‘letra da lei’ e que não resultam de um embate político com sindicatos ou organizações de trabalhadores. É, na verdade, apenas e necessariamente um conjunto de ações que vão além do que é requerido por lei, por obrigação ou necessidade (CHEIBUB e LOCKE, 2002, p. 280).

3.1 Projeto SOSVIDA

Para contribuir responsabilmente com as pessoas usuárias de equipamentos vitais à preservação da vida humana e dependentes de energia elétrica, a instituição denominada ‘Soluções em Saúde’ (SOSVIDA), especializada no segmento de internação domiciliar, teve a iniciativa de procurar o Conselho de Consumidores de energia da COELBA (CCEC) para registrar a dificuldade de pagamento da conta de energia elétrica pelos consumidores que se encaixam nesse perfil, no Estado da Bahia, obtendo resultados favoráveis. Portanto, a COELBA foi a primeira empresa do segmento voltado à distribuição de energia elétrica, no Norte e Nordeste, a beneficiar clientes cadastrados em ‘Condição Especial’. A Companhia de Eletricidade acatou a iniciativa da SOSVIDA e os consumidores que, até então, eram avisados antecipadamente sobre corte ou falta de energia, passaram a ter, também, um desconto no consumo de energia elétrica.

O benefício é importante por se tratar de clientes que utilizam equipamentos de autonomia limitada e, muitas vezes, não conseguem pagar a conta de luz. A parceria do SOSVIDA e o CCEC também é importante porque ajuda a concessionária no cadastramento do cliente em ‘Condição Especial’ que, de acordo com a resolução 024/2000 da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), é aquele que necessita ser avisado com antecedência mínima de cinco dias úteis com relação à data da interrupção programada.

De acordo com a assistente social da SOSVIDA, responsável pela iniciativa através de *e-mail* enviado para o CCEC, embora exista o controle, o número de pacientes beneficiados é variável: “Acompanhamos de perto a realidade e as condições desses pacientes e temos certeza de que este projeto vai beneficiar muitas famílias a reduzir parte dos seus custos levando a uma internação domiciliar com mais tranquilidade”.

O coordenador médico de internação domiciliar da SOSVIDA observa que é preciso apoiar o paciente de Internação Domiciliar, de todas as formas possíveis, considerando que muitos deles vivem grandes dramas pessoais decorrentes de doenças, na maioria das vezes, limitantes e incapacitantes. A minimização do custo adicional de energia

elétrica, utilizado para um suporte de vida mais humano e eficiente, ganha grande importância.

O objetivo desse projeto da SOSVIDA é o atendimento com Responsabilidade Social ao segmento da classe residencial de unidades consumidoras onde exista a utilização de equipamentos de autonomia limitada, vitais à preservação da vida humana e dependente de energia elétrica. Ele foi fundamentado no inciso V, do artigo 5º, da resolução nº. 138, de 10/05/2000, da ANEEL, e embasado no exemplo do Estado de São Paulo, cujo Governador, Geraldo Alckmin, assinou, em janeiro de 2006, o Decreto 50.473/06, ampliando a faixa de isenção do ICMS para o consumo de energia elétrica de famílias de baixa renda. Dentre as ações, a isenção de ICMS, parcelamento de contas de energia e tarifa subvencionada para unidades consumidoras onde exista a utilização de equipamentos essenciais à preservação da vida humana e dependente de energia elétrica. O convênio com ICMS 56/06 foi publicado no DU de 12/07/06 e Decreto Nº 10.072 publicado no DU de 16/08/06.

3.2 Em defesa da energia elétrica mais barata para deficientes

Essa proposição estabelece redução de tarifa para os consumidores de energia elétrica portadores de deficiências ou enfermidades que demandem a utilização de equipamentos ou tratamentos dependentes de consumo de eletricidade. Ela tem inegável alcance social e foi apresentada, originalmente, pelo então Deputado Antônio Cambraia, por meio do Projeto de Lei no 6.901/02 (BRASIL, 2002). No entanto, com a mudança de legislatura, a matéria foi arquivada, sem a possibilidade de desarquivamento pelo autor que, no momento, não ocupa cargo de deputado federal. Devido à relevância da iniciativa, foi reapresentada por meio de outro projeto.

É consenso que o tratamento domiciliar propicia melhores resultados para os pacientes, pois o ambiente familiar melhora o ânimo e evita infecções hospitalares. Além disso, alivia o sistema público de saúde, reduzindo custos e liberando leitos hospitalares para atender a situações mais emergentes. No entanto, o valor a ser pago pela eletricidade consumida pelos aparelhos médicos instalados nas residências representa significativo ônus para as famílias dos pacientes, já fragilizadas pelas enfermidades e pelas despesas delas

decorrentes. É pertinente, portanto, o desconto nas tarifas de energia elétrica, que se propõe, para que se mantenha o equilíbrio financeiro das concessionárias de distribuição, conforme consta do texto do projeto.

3.3 Oxigenoterapia domiciliar: pacientes podem obter benefício

Outro projeto de lei para cidadãos de baixa renda que fazem tratamento de oxigenoterapia domiciliar, no sentido de reduzir suas contas de energia elétrica, tramita no Congresso Nacional e, se for aprovado, permitirá que os pacientes que utilizam concentrador de oxigênio e aparelhos de ventilação mecânica invasiva e não-invasiva domiciliares possam contar com a Tarifa Social. A Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia (SPPT) quer a aprovação do projeto para que os pacientes não precisem interromper o tratamento em razão dos custos.

A oxigenoterapia é um tratamento que tem como agente principal o oxigênio. Melhora a qualidade de vida de pacientes que por algum motivo têm falta de oxigênio no sangue. Estão entre eles portadores de doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pessoas que têm sequelas de tuberculose ou outros problemas respiratórios que causem a hipoxemia, a diminuição do teor de oxigênio no sangue (CANÇADO, 2007).

O Projeto de lei prevê o benefício, também, para as residências habitadas por famílias com renda mensal de até três salários mínimos, que tenham, entre seus membros, pessoas dependentes de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para o funcionamento, demandem consumo de energia elétrica. Para ser aprovado o projeto depende ainda da análise do Senado Federal (SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2008).

Em contrapartida, enquanto a sociedade civil luta por esses benefícios, uma ação civil pública foi impetrada pelo Ministério Público contra a Companhia Paranaense de Energia Elétrica (COPEL). O processo é motivado pelo descumprimento de um acordo feito entre a estatal e as famílias atendidas pelo Programa de Assistência de Internamento Domiciliar (PAID) firmado em 2006. A preocupação da Promotoria era evitar que enfermos dependentes de aparelhos para respirar ficassem sem energia elétrica, o que comprometeria sua vida.

O Ministério Público alegou que a companhia elétrica não assegurava o fornecimento de energia elétrica às famílias que não tinham condições de manter o pagamento em dia, devido à elevação do consumo dos equipamentos especiais.

O Programa existia desde 2005 e atendia a pacientes credenciados ao SUS (Sistema Único de Saúde), reduzindo o gasto da saúde, pois diminuiu o número de internamentos, mas gerou uma despesa domiciliar incompatível com o orçamento dos pacientes, aumentando o consumo de energia (DOE de 26 out.2007, p. 70).

Em maio do ano 2007, a Secretaria de Saúde e a COPEL acordaram que o fornecimento de energia elétrica das pessoas que precisavam usar um concentrador de oxigênio não seria cortado quando a família não conseguisse pagar a tarifa. Atualmente, vários são os programas que beneficiam esses pacientes, no entanto, ainda não foi generalizada para o âmbito federal, contemplando os demais indicados na categoria de pacientes domiciliares com suporte a vida (JORNAL HOJE, 2008).

O diretor de Atenção Básica da Secretaria de Saúde, Rubens Griep, afirma que o concentrador, quando usado 24 horas, gera um acréscimo de no mínimo R\$ 250 na tarifa. “Temos 150 pacientes cadastrados no PAID, mas 45 pessoas precisam fazer a oxigenoterapia familiar permanente. O concentrador de oxigênio tem um consumo elevado de energia e traz um transtorno financeiro para as famílias. Por isso, com menos de um ano de funcionamento do programa procuramos a Companhia Paranaense de Energia Elétrica (COPEL).

Segundo a assistente social do programa, Rosani Bendo, há casos em que os pacientes preferem morrer, a ter que arcar com a dívida que não poderão quitar. “Muitos não querem ficar com o aparelho ou, se o recebem, deixam-no parado. Temos pacientes que não têm renda e não usam o aparelho da forma correta”.

4 IMPACTO FINANCEIRO POR USO DE CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO NO ORÇAMENTO FAMILIAR

De acordo com uma pesquisa feita em um *home care* privado de Fortaleza, em 2007, 236 pacientes faziam uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada por concentrador de oxigênio. Essa pesquisa foi feita recorrendo aos prontuários, nos quais, no ato da inclusão do paciente, constava do termo de adesão a informação da sua renda aproximada. O serviço dispõe de uma tabela que identifica a renda, de acordo com três classes, e a família se inclui no que é mais aproximado da sua realidade.

É consenso que o tratamento domiciliar propicia melhores resultados para os pacientes, pois o ambiente familiar melhora o ânimo e evita infecções hospitalares. Além disso, alivia o sistema público de saúde, reduzindo custos e liberando leitos hospitalares. No entanto, o valor a ser pago pela eletricidade consumida pelos aparelhos médicos, instalados nas residências, representa significativo ônus para as famílias dos pacientes, já fragilizadas pelas enfermidades e pelas despesas delas decorrentes. É bastante justo, portanto, o desconto nas tarifas de energia elétrica que se propõe, mantendo o equilíbrio financeiro das concessionárias de distribuição. Essa proposição estabelece redução de tarifa para os consumidores de energia elétrica portadores de deficiências ou enfermidades que demandem a utilização de equipamentos ou tratamentos dependentes de consumo de eletricidade.

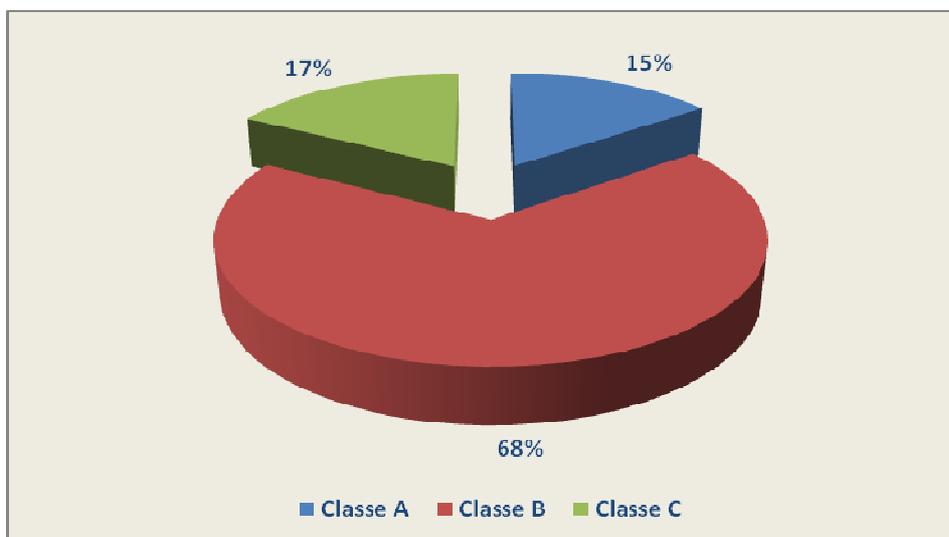
Classe C de 1 a 4 salários mínimos
Classe B de 5 a 8 salários mínimos
Classe A a partir de 8 salários mínimos

QUADRO 3 - Renda familiar por domicílio

- Informação do serviço social do *Home care* Unimed Lar

Das famílias pesquisadas, 14,83% pertence à classe A, 17,37% pertence à classe C, predominando a classe B com 67,80%.

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO POR CLASSE SOCIAL DE ACORDO COM SERVIÇO SOCIAL DO HOME CARE



Fonte: Serviço Social do *Home care* Unimed Lar

4.1 Resultados e Discussões

Foi observado que pacientes com doenças pulmonares são impossibilitados de sobreviver sem oxigenoterapia, partindo-se do pressuposto de que seria responsabilidade do Estado garantir a permanência desses pacientes no seu domicílio, independente de sua classe social. Se uma pessoa substitui, por opção ou por indicação médica, o tratamento que deveria ser feito em hospital público ou privado, pelo tratamento domiciliário, o Estado deveria transferir os custos aos demais segmentos da sociedade.

O Projeto de Lei nº. 1250/07 (BRASIL, 2007), em seu artigo 1º., dispõe a respeito da isenção de imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre a prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação (ICMS) para o fornecimento de energia elétrica residencial aos consumidores que utilizam equipamentos ou tratamentos necessários a procedimentos terapêuticos.

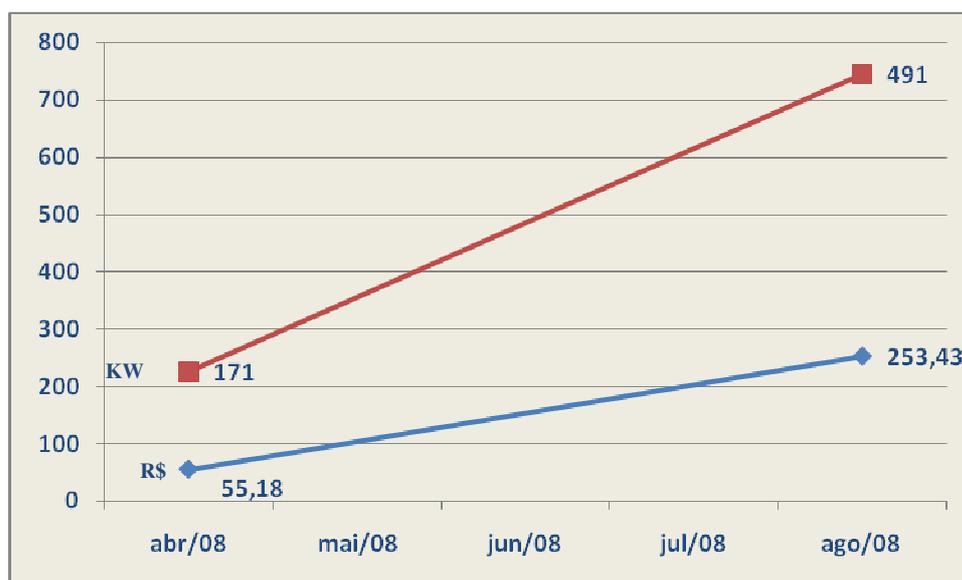
Diversas são as situações de caráter regional, sem influência maior na alocação de investimentos privados, sem repercussão na harmonização tributária estadual, como no caso da isenção para consumidores de aparelhos que necessitam de energia elétrica, como respiradores, inaladores elétricos, concentradores, dentre outros. Todo cidadão deveria ter direito de acesso aos benefícios da energia elétrica, como bem essencial à vida, especialmente

algumas famílias que fazem uso dessa energia de forma contínua e aumentada, em decorrência da utilização de equipamentos, ou tratamento necessário e procedimentos terapêuticos, para manter a vida com o mínimo de qualidade.

Algumas famílias compram, outras alugam aparelhos, visto que, no sistema de saúde, o número oferecido é insuficiente, o que ocasiona, inclusive, fila de espera. O valor pago pela eletricidade representa ônus significativo para as famílias dos pacientes já fragilizados pelas enfermidades e pelas despesas delas decorrentes. É importante, portanto, buscar coerência ao isentar o ICMS de suas contas. Assim, é significativamente pertinente a isenção de ICMS das tarifas de energia elétrica, em favor das famílias dos usuários que necessitam de equipamentos movido a energia elétrica, indispensáveis à sua sobrevivência.

No estudo de caso, sobre a paciente A.R.A, observou-se que a dependência do uso de oxigenoterapia, por concentrador de oxigênio, proporcionou um elevado aumento do consumo de energia elétrica, impactando no orçamento familiar, levando os familiares a insatisfações, e dificuldades financeiras, ocasionando cortes relativos à alimentação, gastos referentes a higiene corporal e outros cuidados. Dessa forma, foi necessária a intervenção do serviço social, pois os familiares queriam repassar os custos adicionais à operadora.

GRÁFICO 4 - DIFERENÇA DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA DE UM PACIENTE EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM USO CONTÍNUO DE CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO. FORTALEZA - abril/agosto 2008



Fonte: Pesquisa direta (2008)

Antes de a paciente ter indicação de oxigenoterapia contínua prolongada, em 09/04/2007, seu consumo de energia elétrica era de 171 KW, correspondendo a R\$ 55,18 e, após o uso do equipamento elétrico 24 horas, em 07/07/2008, seu consumo de energia elétrica foi de 491 KW, correspondendo a R\$ 215,43. Por isso, é importante a concessão de isenção às família desses pacientes, a qual é variável, em função das alíquotas. A fatura com consumo de 91 kWh, por exemplo, com valor integral de R\$ 46,63, pode cair para R\$ 34,14; comparando ao Projeto da Companhia Elétrica da Bahia (COELBA), inserido no *home care*.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital de Messejana (Fortaleza), pertencente à rede pública do Estado, atende, atualmente, a 58 pacientes com graves problemas respiratórios, que dependem da ajuda de concentradores de oxigênio para sobreviver. Pelo alto consumo de energia do aparelho, os pacientes chegam a não seguir as orientações médicas, porque não têm como pagar a conta.

Em razão disso, a Defensoria Pública apresentou uma proposta à empresa de energia elétrica Companhia Elétrica do Ceará (COELCE), no sentido de que os pacientes tivessem suas dívidas perdoadas e, nas próximas contas, o consumo referente ao concentrador de oxigênio não fosse cobrado. No dia 24 de outubro de 2008, o acordo foi firmado, caracterizando-se como uma conquista que considerada histórica, pois resultou de uma luta que vem sendo efetivada desde que os aparelhos foram instalados nas residências dos pacientes, em 1996.

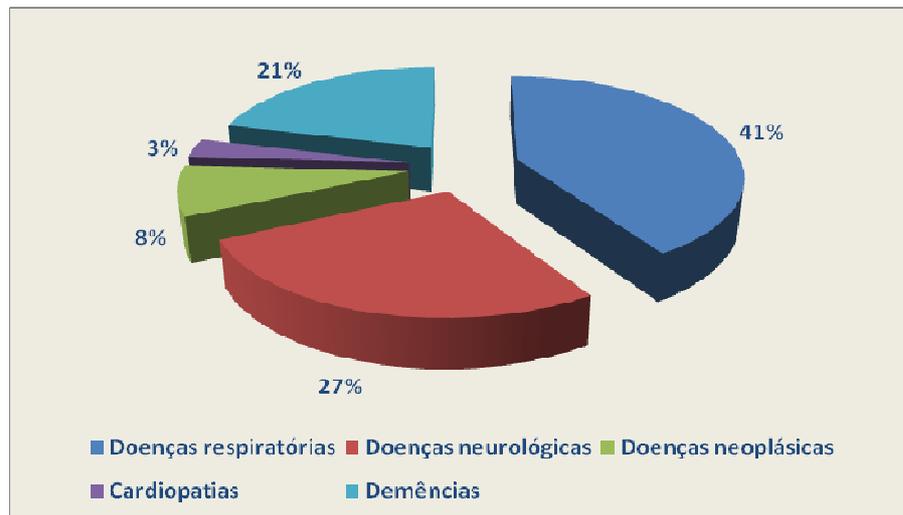
Existem alguns programas que beneficiam pacientes portadores de doenças respiratórias, no nível municipal e estadual, no entanto, não é suficiente descentralizar, estadualizando e municipalizando as ações e, com elas, as informações. Ao contrário, é necessário assegurar que esse processo traduza a formulação de uma política nacional de saúde (POSSAS 1989).

Essa é uma ação de natureza cívica, porque a política de assistência social deve ter uma vinculação inequívoca aos direitos da cidadania social, visando concretizá-lo no que lhe couber. Concretizar direitos sociais significa prestar à população, como um dever de Estado, um conjunto de benefícios e serviços que lhes são devidos, em resposta às suas necessidades sociais, afigurando-se, ao mesmo tempo, como dever de prestação segundo o Estado e um direito de crédito, por parte da população, aquilo que lhe é essencial para garantir a qualidade de vida em pleno exercício de cidadania (POSSAS 1989).

Nessa perspectiva, Foucault (1996, p. 197-198) refere que:

No momento em que os procedimentos mistos de assistência são decompostos e decantados, e em que se delimita, em sua especificidade econômica, o problema da doença dos pobres, a saúde e o bem-estar físico das populações aparecem como um objetivo político que a 'política' do corpo social deve assegurar, ao lado das regulações econômicas e obrigações da ordem. A súbita importância que ganha a medicina, no século XVIII, tem seu ponto de origem no cruzamento nova economia 'analítica' da assistência com a emergência 'polícia' geral da saúde. A nova nosopolítica inscreve a questão específica da doença dos pobres no problema geral da saúde das populações, e se desloca do contexto estreito dos socorros de caridade para a forma mais geral de uma 'política médica' com suas obrigações e serviços.

GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES POR PATOLOGIA EM HOME CARE



Fonte: Serviço Social do *Home Care* Unimed Lar

O gráfico 5 demonstra a distribuição de pacientes por patologia de um *home care* dando ênfase às doenças respiratórias com indicação contínua do uso de oxigênio e maior contingência da sua utilização. Por esse motivo, o concentrador justifica o alto consumo de energia que chega a consumir em média 400 kWh em 30 dias, uma vez que seria inviável manter um paciente em domicílio, apenas com o consumo de cilindro de oxigênio, devido à logística e o alto custo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por este estudo constatou-se que muitos pacientes com doenças crônicas não têm condições de sobreviver sem oxigenoterapia que, por ser um tratamento altamente dispendioso, deixa a maioria desses indivíduos condenados à morte ou a uma sobrevivência com grandes sofrimentos. Nesse sentido, pressupõe-se que como responsabilidade do Estado garantir a permanência destes pacientes no seu domicílio independente de sua classe social ou de seu *status* econômico. No caso do atendimento domiciliar, as pessoas trocam, por opção ou por indicação do médico, o internamento hospitalar público ou privado, pelo tratamento em domicílio, proporcionando o atendimento no hospital a pessoas com necessidades mais emergentes.

No caso da necessidade de atendimento domiciliar em que é necessária a utilização do concentrador de oxigênio, equipamento que aumenta significativamente o consumo de energia elétrica domiciliar, o Estado deve interferir nos custos, especialmente, quando se tratar dos segmentos mais pobres da sociedade.

No caso da paciente A.R.A, constatou-se que sua dependência da oxigenoterapia, por concentrador de oxigênio, ocasionou um grande aumento do consumo de energia elétrica, gerando um grande impacto no orçamento familiar e dificuldades financeiras. Dessa forma, a família recorreu ao serviço social, em busca de repassar os custos adicionais à operadora. Antes de a paciente ter indicação de oxigenoterapia contínua prolongada, em 09/04/2007, seu consumo era 171 KW, correspondendo a R\$ 55,18 e, após o uso do equipamento elétrico 24 horas, em 07/07/2008, seu consumo de energia elétrica foi de 491 KW, correspondendo a R\$ 215,43.

Diante dessa realidade, sente-se a necessidade de o Estado favorecer a essas pessoas submetidas a tratamento prolongado com concentrador de oxigênio uma forma de isenção fiscal ou tarifa social para amenizar os gastos excessivos com energia elétrica, como 'bônus' para os pacientes crônicos dependentes de ODP por concentrador de oxigênio e suporte ventilatório domiciliar, de qualquer classe social, que deveriam estar em leitos hospitalares da rede privada ou pública.

Entretanto, o orçamento público, para garantia de tais direitos, é insuficiente, o que induz à busca, por parte do consumidor, dos planos de saúde ou outras formas de

pagamento direto por ‘saúde’. Entretanto, quando qualquer cidadão (consumidor ou não) necessitar de atenção terciária, em geral, a única opção é o SUS, o que sobrecarrega o investimento público, o qual injeta a maior parte de seus recursos nesse tipo de assistência, coincidentemente, a mais cara e complexa. O que se pretende, na realidade, é que o Estado precisa cumprir seu real papel, com Responsabilidade Social, na garantia da saúde como direito de todos (NORO, 2005).

A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no contexto legal, e justifica a prioridade na oferta das ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços.

A saúde é um direito de todos e, dever do Estado. Garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, artigo 196).

De acordo com a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990, artigo 2º.), a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo ‘saúde’ é definido como “um completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Tal definição entende a saúde como objeto de todos, incorporando a consideração da saúde física, ao lado da saúde mental e a saúde individual lado a lado com a social, abrangendo uma concepção mais ampla do vocábulo. Todavia, as metodologias empregadas sempre variam entre as medidas preventivas e as práticas curativas, estas últimas como objeto de maior ênfase por parte de um Estado brasileiro marcadamente assistencialista e paroquial.

A Constituição (BRASIL, 1988) prevê que para que a saúde seja efetivamente um direito, devem ser formuladas “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos”, ou seja, devem ser elaboradas estratégias que identifiquem os maiores problemas de saúde da população para que sejam definidas políticas sociais que possam melhorar a situação como um todo. Nesse sentido, deve ser observada uma política econômica que viabilize o proposto. Para isso, deve haver recursos financeiros que permitam

proporcionar melhor qualidade de vida (NORO, 2005).

Quando a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) afirma que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, ela está exatamente reconhecendo que todo indivíduo brasileiro, independentemente de raça, gênero, situação socioeconômica e credo, tem igual direito com relação a todos os demais de acesso à satisfação de suas necessidades de saúde, entendida a responsabilidade da provisão desses serviços como exclusivamente do Estado. Isso significa duas coisas basilares. 1) que ao Estado cabe a responsabilidade por providenciar as condições e os recursos necessários que garantam a todo cidadão brasileiro o acesso à satisfação de suas necessidades de saúde; 2) que como o direito à saúde é de todos, todos os indivíduos são reconhecidos e legitimados pela sociedade na sua qualidade de cidadãos, isto é. Como portadores de direitos e deveres iguais, independentemente das diferenças e desigualdades sociais que os distingam (COHN, 2006).

Caso o direito à saúde, enquanto direito fundamental – assim entendido como aquele necessário para garantir uma vida de acordo com o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana -, estiver sendo negligenciado pelo Poder Público, caberá ao Judiciário a indeclinável tarefa de lastreado na parcela de soberania que lhe cabe no elevado concerto dos Poderes da República, assegurar, pela via coativa, a que o Executivo desincumba-se das prestações a ele constitucionalmente atribuídas, dentre as quais se destacam as prestações na área dos direitos sociais, em benefício da população a que deve servir. Todo ser humano, na perspectiva do Direito Constitucional moderno, é um ente dotado de direitos e obrigações, por isso o artigo 5º da Constituição Federal, assegurou o direito à vida e interligou, a esse direito, elementos materiais e imateriais, pois, de nada adiantaria a Constituição garantir a liberdade, a intimidade, a segurança, sem que assegurasse o direito à vida.

O direito à vida consiste na garantia estatal no sentido de se continuar vivo e que o estado proporcione uma vida digna quanto à subsistência. O direito à saúde como elemento garantidor do principal direito, direito à vida, é concebido como direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas visando à redução de doenças e outros agravos. O direito fundamental à saúde e o dever do estado em assegurá-la, sob pena de responder civilmente pela omissão (VACCARI, 2003).

O Estado contemporâneo estabelece, e procura fortalecer, um largo aparato

burocrático e jurídico, para equacionar conflitos que, inevitavelmente, surgem no enfrentamento das questões e assuntos que, em dado momento, aparecem como disfuncionais ou de risco e, portanto, são de interesse público. O Estado passa, assim, diante da complexificação das sociedades contemporâneas, a gerenciar e controlar um número considerável de questões ligadas à pobreza, ao crescimento populacional, ao meio ambiente, à sexualidade, ao adoecer, à morte, à intensificação do processo de urbanização, de produção de bens e serviços, etc., E acaba por criar sistemas nacionais de previdência e de assistência social, enfim, de tratamento dos doentes, dos loucos, dos deficientes, das crianças, das gestantes, de vigilância da saúde, etc. Cabe ao Estado coordenar e operacionalizar, portanto, questões que, uma determinada coletividade identifica e vocaliza como “públicas ou coletivas” e cujas externalidades, quando não enfrentadas, representam um custo social bastante elevado (BODSTEIN, 2000).

A Busca da saúde acompanha a história das civilizações. Ações de controle sobre o exercício da medicina, o meio ambiente, os medicamentos e os alimentos existiram desde longínquas eras. Povos antigos, como os babilônios e os hindus, estabeleceram preceitos morais e religiosos fixados nos códigos de Hamurabi e de Ur-Namu, respectivamente, e regras sobre a conduta dos profissionais que tratavam das doenças. A saúde era considerada essencial à dignidade humana (ROZENFELD, 2000).

Os órgãos de defesa do consumidor representam, indubitavelmente, um antídoto contra a privatização do espaço público e contra os interesses corporativos, muitas vezes encastelados no Estado e no setor público como um todo. O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) é uma entidade não- governamental que, junto com outras tantas organizações civis, é fundamental para a afirmação dos direitos da cidadania no país. O objetivo do IDEC é informar e defender o consumidor diante da justiça, realizar pesquisas e testes de produtos visando o estabelecimento de padrões de qualidade; promover, enfim, política e legislação de interesse do consumidor, com a criação de grupos de cidadãos preocupados com a defesa do consumidor (SILVER, 1992).

O Código de Defesa do Consumidor foi uma das maiores conquistas da sociedade brasileira organizada, uma vez que trouxe uma série de garantias e melhorias nas relações de consumo entre o cidadão e o prestador de serviço ou produtor. Suas vantagens são maiores quanto maior o poder de compra do consumidor. Sua grande limitação está em áreas entendidas como de responsabilidade do Estado, como é o caso da saúde. Neste setor, o

instrumento mais adequado, em nosso país, é o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual revê acesso universal, integral e igualitário, de forma descentralizada, com participação da população na definição de sua gestão.

Entretanto, o orçamento público, para garantia de tais direitos, é insuficiente, o que induz à busca, por parte do consumidor, dos planos de saúde ou outras formas de pagamento direto por 'saúde'. Entretanto, quando qualquer cidadão (consumidor ou não) necessitar de atenção terciária, em geral, a única opção é o SUS, o que sobrecarrega o investimento público, o qual injeta a maior parte de seus recursos neste tipo de assistência, coincidentemente, a mais cara e complexa. O que se pretende, na realidade, é que o Estado cumpra seu real papel na garantia da saúde como direito de todos (NORO, 2005).

A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no contexto legal, e justifica a prioridade na oferta das ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços.

Inclui-se à lógica do SUS, dessa forma, o princípio da discriminação positiva³ para com os grupos sociais mais vulneráveis, buscando-se assegurar prioridade ao acesso às ações e serviços de saúde aos grupos excluídos e com precárias condições de vida, considerando as desigualdades de condições decorrentes da organização social. (VASCONCELOS, 2003; PASCHE, 2005).

A equidade como princípio e como conceito vem ocupando espaço relevante nas discussões das políticas sociais de maneira geral e no campo da Promoção da Saúde em particular. Todas as cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde ressaltam que esta tem como objetivo garantir acesso universal à saúde e está relacionada à justiça social. Seus objetivos são: “[...] eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para atingir o direito ao bem estar” (BRASIL, 2001, p.40).

Baseado nessas premissas é sugerido que o Estado assuma, como um todo, em forma de isenção fiscal ou tarifa social uma forma de amenizar os gastos excessivos com

³ Designa-se por discriminação positiva a eleição de determinados grupos populacionais aos quais se destinam ações prioritárias, haja vista seu grau de vulnerabilidade.

energia elétrica como ‘bônus’ para os pacientes crônicos dependentes de ODP por Concentrador de oxigênio e suporte ventilatório domiciliar, de qualquer classe social, já que os mesmos deveriam estar em leitos hospitalares quer da rede privada ou da rede pública. Resumindo, as considerações se estendem no tocante a direitos sociais da cidadania, com intuito de proporcionar a população os benefícios e serviços que lhe são de direito, protegidos pela Constituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. **O Espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil**: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade. Rio de Janeiro: ANS.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. **Cobertura Assistencial** - Série Planos de Saúde conheça os seus direitos. Rio de Janeiro: ANS, 2005. 26/04/2007.

BARACH AL **the therapeutic use of oxygen**. JAMA: 79: 693-699. 1922.

BASTOS, Núbia M. Garcia. **Introdução à Metodologia do Trabalho Acadêmico**. 4 ed. Fortaleza: Nacional, 2007.

BODSTEIN, Regina Cele de. **A Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública**.

BORGES MC; VIANA ESO&TERRA FILHO J. **Abordagem terapêutica na exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)**. Medicina, Ribeirão Preto, 36:241-247,abr/dez.2003.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma - Ata**, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México, Brasília, 2001.

BRASIL. **nº 8.080/90**. Brasília: Senado Federal, 19 set.1990.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.36p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: 2006.

CAMPOS, Hisbello. **S. Bol. Pneumol. Sanit**. V.10n. 2. Rio de Janeiro, dez.2002.

CERTO S. C. & PETER, J. P. **Administração Estratégica**: Planejamento e implantação da estratégia. São Paulo: Makron Books, 1993.

CHEIBUB, Zairo B. e LOCKE, RICHARD M. Valores ou interesses? Reflexões sobre a responsabilidade social das empresas. *In*: KIRSCHNER, Ana Maria, GOMES, Eduardo R. e CAPPELLIN Paola (Orgs.). **Empresas, Empresários e Globalização**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2002. p. 279-291.

COHN, A. **O Estudo das políticas de Saúde**: Implicações e Fatos. 2006.

CUNHA SR, Cabral IE. A Enfermagem e as condições de vida da criança dependente de tecnologia: Um desafio para o ato educativo problematizador **Revista da Sociedade Brasil de Enfermeiras Pediatras**,2001: 1 (1) :71 – 79.

CUNHA, Paulo César da. **Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris: 2003.

FARIAS, Afonso. **Marketing Social: Responsabilidade Social nas Empresas**. Disponível em: gazetaonline.globo.com/marketingplace/artigo.php?id_artigo=3. Acessado em: 10 jun. 2005.

FERNANDES, A.L.G; MENDES,E.S.P.S.,TERRA Fº.,M. **Atualização e Reciclagem**. Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia, Vol. III, Livraria Atheneu,1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal. 1996.

GLOWACKI, Luis Antonio. **Avaliação da efetividade de sistemas Concentradores de oxigênio**: uma ferramenta em gestão de tecnologia médico-hospitalar. 2003.

GUERRA. FAR. **Perfil das malformações congênitas no Instituto Fernandes Figueira**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica- DPOC- “Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - Definição, Epidemiologia, Diagnóstica e Estadiamento”. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. vol. 30, 2004.

JARDIM, J.R.et al.**O que é oxigenoterapia domiciliar?**São Paulo: UNESP, 2001.

MACHADO, M.C.L. de O. **Oxigenoterapia domiciliar**. São Paulo: UNESP, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO: 1993.

MENDES, Walter: **Home care: Uma Modalidade de Assistência Domiciliar à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001,112p.

MIRAVITLES, MARC. Avaliação econômica da Doença pulmonar obstrutiva crônica e de suas agudizações. Aplicação na América Latina. **Jornal Bras.Pneumol**. 2004:30(3)247-285.

MOTA, J.A. C-UFMG; SILVA, K.L-PUC, MG; FELDMAN, S. PUC, MG: Cuidado Domiciliar em Saúde: Implicações para o ensino e para o serviço. **II Fórum Nacional de Redes em Saúde**. Belo Horizonte, julho. 2005.

NORO, L, R, A. **O Setor de Saúde e o direito do consumidor**: Perspectivas e Controvérsias. 2005:18(4): 24 a 214.

PASCHE, Dário Frederico. **Gestão e subjetividade em saúde**. Doutorado. Campinas: Unicamp/Faculdade de Ciência Médicas/Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2003.

PELEGRINO NRG, Godoy I. **Doença pulmonar obstrutiva crônica**. Rev. Bras Med. 2001; 58(1): 81-8.

PERAZO, Laís. Perspectivas para a saúde. **Benefício Saúde nas Empresas**. Publicação Bimestral nº 18, jul-ago.2005.

POSSAS Cristina. **Epidemiologia e Sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989, p 232.

RODRIGO, Jonas 2008, **Estudo de caso**: Fundamentação Teórica. Vesticon, 2008.

ROZENFELD, Suely (org.) **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. **Caderno de informação de Saúde**: Perfil do Idoso. SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose 2004. **J Pneumol.** 2004; 30 (Supl 1), p.1-42.

SILVER, Lynn. Os Movimentos de Defesa do Consumidor: Cidadão e Saúde. **Saúde para Debate** (Divulgação 7) (p. 41-47), maio.1992.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. (DPOC), 1..2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP). São Paulo: **J. Pneumologia**, V. 26 no. 6 p. 341 – 350, 2000.

SOUSA, Ângela Maria Sales Alves de, **Perfil do paciente em oxigenoterapia do Serviço Unimed Lar**,2007.

TEIXEIRA, Andrea. **O Cuidador familiar e a relação com o paciente oncológico em cuidados paliativos**, Fortaleza, 2007.

VACCARI, Fernanda Cláudia Araújo da Silva, **Rev. Humanidades**, Fortaleza, v.8, n.1,p.33-44,jan/jun.2003.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Paradoxos da mudança no SUS**. Doutorado. Campinas: Unicamp/Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Medicina Preventiva Social, 2005 (Capítulo 1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oxigen therapy for Acute Respiratory Infections in Young Children in Developing Countries**. Program for the control of acute Respiratory Infections of the world Health organization. Genebra: WHO: 1993. 25p.

ZEFERINO, Maria Terezinha. **Diretrizes para oxigenoterapia domiciliar**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

PUBLICAÇÕES E SITES CONSULTADOS

<http://millennium10.respironics.com> (foto)

WWW.coelba.com.br

CONSELHODECONSUMIDORES@coelba.com.br

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br>

JORNAL HOJE- Edição N°5045, Sexta feira, 04 de julho de 2008.

FOLHA DE SÃO PAULO, 6/11/98, p.4.

WWW.hm.ce.gov.br (site Hospital de Messejana)

HTTP://www.scielo.br,2007

RESPIRONICS. www.respironics.com

WHITE MARTINS PRAXAIR INC. www.whitemartins.com.br. **J. Pneumologia** vol.26 no. 6. São Paulo Nov./Dec. 2000.

JORNAL HOJE. Edição n° 5045, sexta feira, 04 de julho de 2008

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)