

Assistência Domiciliar à Saúde (*Home Health Care*): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual[†]

Nilcéia Noli do Amaral*

Márcia Cristina Bauer Cunha**

Rita Helena Duarte Dias Labronici**

Acary Souza Bulle Oliveira***

Alberto Alain Gabbai****

RESUMO

Este trabalho constitui uma análise do conteúdo histórico e da utilização da Assistência Domiciliar à Saúde (ADS) como instrumento minimizador dos custos e das complicações advindos da hospitalização. Além dessas vantagens, que ocorrem com a retirada do paciente do ambiente hospitalar, quando for adequado, para levá-lo ao reduto de seu lar, onde receberá os cuidados de que necessita em questões materiais e mesmo humanas, seguem-se benefícios como a diminuição da ansiedade, propiciando a recuperação acelerada ou manutenção de um estado crônico com menor estresse, para todos os envolvidos. Isso, graças ao convívio em ambiente familiar que pode ser repleto de amor e de carinho, e, conseqüentemente segurança emocional.

Unitermos: Assistência domiciliar à saúde, *home health care*.

Introdução

O Sistema de Saúde, no Brasil, constitui um intrincado mosaico. Pensar-se no quanto se pode ou se deve oferecer, ou como efetivar tal oferecimento, não é o mesmo que atender às reais necessidades da população, o que evidencia-se como um difícil objetivo. O povo recebe o que o sistema considera melhor, mas sem a devida consulta àquele que é seu alvo: o indivíduo. Falta avaliar, por correta apreciação, os dados obtidos nos recenseamentos, detectar as dificuldades e as deficiências encontradas e para atingir-se essa meta devem ser realizados questionamentos mais efetivos e dirigidos, com enfoque no que se pode melhorar, mas, sobretudo buscar maneiras de viabilizar recursos na direção certa do saneamento das falhas, visando alcançar o completo bem-estar biopsicossocial do indivíduo.

Contexto histórico

As mais remotas referências em medicina descrevem cuidados domiciliares e hospitalares começando por um médico chamado Imhotep, que na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a.C.) atendia o paciente tanto no domicílio como em um consultório/hospital, sendo o responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio. Na Grécia Antiga, o médico, por nome Asklépios, atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde dispunham de medicamentos e materiais especiais para a cura, podendo, esses locais, ser considerados a primitiva estrutura que seria mais tarde denominada hospital. No século V antes de Cristo, Hipócrates descreve em *Tratado sobre os ares, as águas e os lugares* a eficiência de atender-se no domicílio, pois tal cuidado propiciava

[†] Trabalho realizado no Departamento de Neurologia e Neurocirurgia, Setor de Doenças Neuromusculares – da EPM – Unifesp.

* Fisioterapeuta da EPM – Unifesp.

** Mestre em Neurociências da EPM – Unifesp.

*** Responsável pelo Setor de Doenças Neuromusculares da EPM – Unifesp.

**** Professor Titular e Chefe da Disciplina de Neurologia da EPM – Unifesp.

um bom êxito, segundo suas observações. Ao final do século XVII, o fundador da homeopatia, Samuel Hahnemann, passou a visitar os enfermos por acreditar que o médico tem o dever de lutar, sem descanso, contra a enfermidade, independente do local onde se travava essa luta. Ele permanecia junto aos leitos de seus doentes, no domicílio, a maior parte do tempo possível¹.

A forma organizada de cuidados em Assistência Domiciliar à Saúde (ADS) tem como primeira referência o Dispensário de Boston no ano de 1796, hoje: New England Medical Center. Em 1850, sob a liderança de Lilian Wald, com a determinação de promover ações de saúde em domicílio, foi criado o programa que mais tarde denominou-se *Public Health Nurse*².

Com base em seus vinte anos com a prática de visitas domiciliares de enfermagem e no esforço combinado de milhares de enfermeiras, Lilian Wald acreditava que a doença devia ser considerada em conjunto com o aspecto social e econômico. Esse pioneirismo possibilitou uma mudança na história, descrevendo os contornos da assistência domiciliar à saúde e promovendo uma reforma progressiva dos movimentos públicos de saúde dos EUA, por volta de 1893³.

Atualmente, nos Estados Unidos existem aproximadamente 20 mil empresas de assistência domiciliar à saúde, onde a grande maioria dos atendimentos é realizada pelo serviço de enfermagem, classificando esses atendimentos como de baixa complexidade, necessitando-se com pouca participação dos médicos, devido à possibilidade de processos judiciais¹.

Esse sistema de cuidados encabeçado por Lilian Wald, mais tarde, passou a receber financiamento via: *Medicare* e *Medicaid* (seguradoras de saúde nos Estados Unidos), mantendo sua característica primeira: mobilização comunitária com o objetivo de facilitar e diminuir a necessidade de assistência profissional para atingir as metas da assistência domiciliar⁴.

A partir de 1950, a ocorrência de doenças contagiosas diminuiu e surge a necessidade de maior atenção aos problemas crônicos de saúde. São criados modelos de assistência domiciliar com objetivo de dar cobertura onde as seguradoras estavam despreparadas para financiar. Antes disso, em 1898, a cidade de Los Angeles e outros municípios e, vez por outra, o governo federal americano, converteram-se nos financiadores dos cuidados domiciliares de saúde. Esses fundos governamentais foram, aos poucos, direcionados aos departamentos oficiais de saúde⁴.

Os pacientes com doenças crônicas são o alvo desse programa de atenção à saúde, com necessidade de longa permanência no leito e que por qualquer motivo estejam incapacitados de exercerem sua independência, apresentando estes, em geral, problemas sociais e econômicos, além dos problemas de saúde. Sendo esta concepção da idealizadora da assistência domiciliar à saúde, Lilian Wald, ainda atual em muitos momentos e aspectos de nossa sociedade, mesmo no Brasil¹.

No continente europeu, a maioria dos países possui sistemas de assistência domiciliar, com destaque para o programa francês ANTADIR direcionado aos pacientes com doenças respiratórias e dependentes de oxigenoterapia¹.

Assistência domiciliar à saúde no Brasil

O primeiro sistema de ADS no Brasil foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, e para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica. Nos dias de hoje, tem havido um crescimento no número de empresas privadas do sistema de ADS, passando de cinco empresas, em 1994, para uma marca superior a cento e oitenta empresas em 1999. Esse aumento caracteriza um modismo que privilegia o lucro fácil, sem a devida estrutura para o correto atendimento, o que leva muitas dessas empresas a serem desqualificadas pelo sistema econômico, pela seleção natural da concorrência. A ADS no Brasil divide-se em um grupo de atendimento segmentar, com cuidados exclusivos de enfermagem ou de fisioterapia, e outro com um atendimento multiprofissional, propiciando atenção ao paciente como um todo. Ambos podem estar contidos em serviços públicos ou privados. Assim sendo, poucos serviços semelhantes no mundo podem ser comparados aos nossos em eficiência, criatividade e segurança¹.

Quanto ao atendimento domiciliar público, existem em funcionamento sistemas diversos em alguns municípios de São Paulo, como Diadema, Santo André, Santos, Piracicaba, Sorocaba, entre outros. Já na capital paulista, um sistema funciona no bairro de Campo Limpo e no Hospital das Clínicas desde 1996.

Diferentemente da necessidade de países como EUA, onde o seguro é a única maneira de garantir a segurança de todo e qualquer profissional, a pouca

existência, ou mesmo a total inexistência, de preocupação com processos judiciais no Brasil, possibilita estratégias mais arrojadas e com qualidade, mantendo, em domicílio, pacientes instáveis e caracterizados de alto risco, conduzindo, desse modo, a assistência domiciliar a tornar-se um constante objeto de debates, publicações e atenção em pesquisa¹.

As empresas que fornecem o serviço podem oferecer todos os equipamentos, aparelhos e medicamentos necessários, com intuito de melhorar as condições clínicas, de conforto e bem-estar do paciente que não necessita mais de cuidados hospitalares, e sim de atenção especializada domiciliar⁵.

O atendimento domiciliar poderá acelerar a recuperação do paciente e promover redução dos custos, sendo uma saída mais humana e econômica para os portadores de doenças crônicas ou de longa duração. Outro fator importante é que o paciente ficará afastado do risco de infecções hospitalares e do estresse da internação, sendo ainda beneficiado com a atenção de seu médico de confiança e de todos os recursos necessários, incluindo uma equipe multiprofissional⁵.

Deve-se considerar, ainda, a colaboração desse sistema para a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Definição de assistência domiciliar à saúde

Para a medicina moderna, a assistência domiciliar à saúde é uma seqüência de serviços residuais a serem oferecidos, depois que o indivíduo já recebeu atendimento primário e prévios, ou seja, aquele que já recebeu atendimento primário com conseqüente diagnóstico e tratamento; bem como para as pessoas cujas condições desobriga-as de manter-se sob um período maior de intervenção por apresentarem um quadro crônico debilitante. Nada mais justo que um indivíduo com uma afecção crônica, que não mais precise ficar no hospital, beneficie-se dos cuidados possíveis em seu domicílio⁶.

Pode, então, esse paciente ser entendido com a cobertura de serviços de saúde a pessoas de qualquer idade, em sua residência ou outro local que não seja institucional⁴.

A política de ADS necessita, ainda, de consenso sobre as metas e elementos principais que a caracterizem, para definitiva compreensão de sua estrutura, pois há divergências nos conceitos e interpretações feitos por vários autores. O enfoque, no entanto, permanece nos cuidados crônicos e na continuidade de cuidados secundários, ou seja, convalescença⁶.

Conceito de assistência domiciliar à saúde no Brasil

Embora não exista definição formal, os termos ligados ao programa de ADS, enfocados sob a expressão inglesa home health care no Brasil são descritos, por Tavorari, como:

- Assistência domiciliar: termo genérico usado para qualquer ação em saúde que se processe em domicílio, sem levar em conta a complexidade ou objetivo do atendimento, indo de uma orientação simples até suporte ventilatório invasivo domiciliar.
- Internação domiciliar: relacionada com o cuidar intensivo e multiprofissional no domicílio, caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para a casa do paciente, promovendo um cuidado de moderada a alta complexidade, semelhante a um hospital em casa.
- Atendimento domiciliar: abrangendo os cuidados de saúde, multiprofissionais ou não, semelhante a um consultório em casa.

As variações de conceitos estão ligadas ao contexto sociocultural do paciente e às diferenças de interpretação que variam de uma empresa para outra ou de um serviço para outro⁵.

Objetivos da assistência domiciliar à saúde

A ADS pode caracterizar-se por objetivar diversos benefícios sociais e econômicos, tais como⁷:

- Humanização do atendimento;
- Maior rapidez na recuperação do paciente;
- Diminuição no risco de infecção hospitalar;
- Otimização de leitos hospitalares para pacientes que deles necessitem;
- Redução do custo/dia da internação;
- Tranqüilidade do paciente por estar perto de seus familiares;
- Prevenção e minimização de eventuais seqüelas;
- Redução de internações por recidivas.

Os envolvidos na assistência domiciliar à saúde

O hospital

Ao definir hospital, o Ministério da Saúde refere-se a uma parte integrante de uma organização médica e social, com função básica de proporcionar assistência médica integral, curativa e preventiva em qualquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar.

Constitui-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde. Cabe-lhe, também, encaminhamento de pacientes, bem como a supervisão e orientação dos estabelecimentos de saúde que estão vinculados tecnicamente ao hospital⁸.

O domicílio como espaço

A divulgação da ADS abre espaço para crescimento dos atendimentos em domicílio, mas requer o cuidado e atenção da análise sobre os principais aspectos e peculiaridades deste reduto familiar. Entender respeitosamente o espaço de trabalho e a sua dinâmica é imprescindível para o profissional que adentra o lar do paciente, sendo que a base para um bom trabalho no domicílio é a parceria entre os profissionais e a família/paciente⁹.

Na assistência à saúde, o consentimento informado, segundo a concepção de autonomia, significa que o indivíduo é quem, de forma ativa, deve autorizar propostas apresentadas a ele e não meramente assentir a um plano de diagnóstico ou de tratamento, por atitude submissa às ordens dos profissionais¹⁰.

O paciente

Paciente é o indivíduo portador de qualquer perturbação física ou mental, submetido aos cuidados médicos sendo, pois, objeto passivo da ação do sujeito alheio. Aquele que sofre a ação exercida por outra pessoa. Como adjetivo, entre outros, significa: aquele que tem paciência, manso, pacífico, pessoa que padece ou vai padecer. É diferente de doente, muitas vezes utilizado como sinônimo “dolente”, que é o que tem doença, débil, fraco, defeituoso, vicioso¹¹.

A família

Principalmente na primeira infância e na senectude, para socorrer-se em sua maior limitação social, o indivíduo passa a depender do círculo familiar, que compõe a base e é a raiz da estrutura social. Uma doença crônica e incapacitante também coloca o paciente em estado de dependência, seja qual for a sua idade. A família deve ser considerada o habitat natural do ser humano, podendo o indivíduo em seu contexto ser ele mesmo, agindo naturalmente, sem máscaras ou cobranças pelos defeitos ou qualidades que possua. Ele exerce o papel que lhe cabe e responde pelo que é, e não pelo que tem, como acontece em sociedade¹².

Enfim, em família o paciente pode ter prazer, além de beneficiar-se do amparo, amor e carinho que

sempre recebe, ainda quando o núcleo familiar não seja o mais responsável ou amoroso. Do ponto de vista prático, é a família que, em seu contexto, exercerá a estruturação da terapêutica medicamentosa e outras terapêuticas, caso o paciente necessite ficar sob os cuidados de seus familiares, também chamados de “cuidadores informais”. Qualquer que seja a necessidade do paciente, a ação da família pode abranger cuidados de higiene e lazer, além do suporte emocional, garantindo ao familiar/paciente que “sua casa é o seu castelo”¹³.

Cuidador

O cuidador é um familiar, vizinho ou amigo da família, ou ainda um empregado contratado, cujo papel principal é cuidar do paciente. É peça fundamental no processo de internação domiciliar, pois irá gerir os cuidados dos quais o paciente necessita para passar a fase de internação domiciliar favorecido pelo acesso às vantagens do sistema⁷.

Há um Projeto-Lei do Congresso Nacional (1998) que se manifesta sobre a legalização da função de um cuidador:

Art. 2º- Considera-se cuidador domiciliar toda e qualquer pessoa que se dedique a empreender cuidados para com as pessoas portadoras de deficiência, crianças, idosos e pessoas que inspirem cuidados especiais da vida cotidiana em recinto doméstico¹⁴.

Art. 3º- As funções e atividades dos cuidadores domiciliares referem-se à ajuda nos hábitos de vida diária, nos exercícios físicos, no uso e medicação via oral, na higienização pessoal, nos passeios, na atenção afetiva e em outras atividades corriqueiras¹⁴.

*Funções do cuidador*¹⁴

- Encarregar-se das atividades elementares de atenção ao paciente, quer seja um membro da família ou pessoa contratada;
- Ajudar na locomoção e em atividades físicas, tais como andar, tomar sol, movimentar as articulações;
- Estimular e ajudar na alimentação;
- Promover o lazer e a recreação;
- Promover a comunicação e socialização;
- Estimular a memória e o intelecto de um modo geral;
- Estimular a manter ou adaptar o desenvolvimento de atividades laborativas segundo suas capacidades;
- Manter a limpeza e a ordem da casa e do quarto do idoso fragilizado, acomodado às

dependências, promovendo ambiente seguro e diminuindo riscos de acidentes.

A equipe multiprofissional

Uma equipe multiprofissional de cuidados é composta, em geral, por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem e cuidadores¹⁵.

A evolução do conhecimento, produzindo diversidade nas possibilidades de assistência à saúde, impulsionou o desenvolvimento, difusão e o surgimento de áreas inexistentes ou obscuras. Esse fato trouxe ao contexto as potencialidades diagnósticas e/ou terapêuticas de uma rica multiplicidade de áreas profissionais e subdivisões de especialidades já consagradas⁷.

A equipe multiprofissional, em conceito adaptado, visa propiciar que vários profissionais, com suas respectivas áreas de conhecimento e diferentes propostas de trabalho e de atuação, possam agir em conjunto, sem estabelecimento de hierarquia, no sentido estrito da palavra. As ações do grupo devem ser preparadas e executadas de forma organizada e integrada, baseadas na ética comum a todos, em benefício do paciente. A coordenação dos integrantes, e conseqüentemente dos objetivos, é estabelecida por período determinado, em votação ou consenso da própria equipe. Adota-se, em geral, para a mudança do coordenador, um tipo de rodízio¹⁵.

Custo: o diferencial em assistência domiciliar à saúde (ADS)

O custo está relacionado com a remuneração por procedimento, encarecendo com desperdícios e distorções o sistema de saúde, que necessita de transparência e ética, responsabilidade e visão de parceria, com intuito de preservar a saúde da população. A saúde do paciente deveria ser o alvo integral, mas o

sistema remunera por procedimento, o que leva à descaracterização do objetivo da saúde, uma vez que o indivíduo não é cuidado em suas necessidades como um todo, ou seja, a saúde do paciente não é tratada, mas é a doença que recebe o cuidado e o tratamento. Cada necessidade do cliente vai recebendo, de forma fragmentada: exame laboratorial, “imagiológico”, consultas, especialistas e novos procedimentos dia após dia. Atualmente, o mercado promove um desperdício de R\$ 3,6 bilhões de reais por ano em consultas, com internações e exames desnecessários, conforme levantamento da ABRASPE (Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pela Empresa) (Tabela 1), que compara os índices, valores e custos gerados no período de 1996 a 1999, demonstrando a demanda crescente de despesas nos seguimentos acima citados¹⁶.

Esses fatos, que encarecem o atendimento em saúde, não são devidamente analisados pelo setor, pois o caminho encontrado para conter essa perda contínua vem sendo um direcionamento equivocado, em que os gestores promovem os cortes para a remuneração dos prestadores de serviços. Esse fator dificulta ainda mais as relações entre os segmentos interessados nessa questão: prestador, operadora e cliente¹⁶.

Uma diária hospitalar tem seu custo estabelecido, por vários autores, como sendo algo em torno de R\$ 250,00 a R\$ 400,00 reais, e em caso de diária de UTI os valores podem chegar até quatro mil reais por dia de internação; em contrapartida, a internação no domicílio pode reduzir em 30% a 70% esses valores⁵.

Em reportagem recente sobre o sistema de internação domiciliar (SID) de Londrina, encontra-se uma afirmação que atribui os seguintes valores do custo hospitalar de um paciente/dia: R\$ 265,00 reais, já a internação domiciliar consegue reduzir em 90% esse valor. Isso perfaz um custo médio de R\$ 27,00/dia para ao paciente desse sistema⁷.

Tabela 1 Resultados sobre Pesquisa da ABRASPE (Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pela Empresa)

Indicadores	1996	1997	1998	99
Valor do CH (R\$)	0,25	0,27	0,27	0,27
Reajuste hospitalar	15%	8%	3%	4%
Per capita (R\$)	40,36	43,96	43,69	49,24
Consulta/usuário/ano	3,22	3,59	3,50	3,41
Exames/usuário/ano	4,84	5,93	5,82	5,60
Exames/consulta	1,50	1,65	1,66	1,66
Índice internação/ano	11,54%	11,13%	11,39%	12,78%
Média de permanência	3,31	3,49	3,48	2,82
Custo médio paciente/dia (R\$)	467,38	589,24	553,35	691,04

Os valores, fornecidos pelas próprias fontes pagadoras, correspondem a um custo de 52% para o atendimento em ADS, se comparado ao custo hospitalar, com percentual de economia mínimo de 48% dos gastos. Aliado a essa significativa diminuição nos custos, há ainda ausência de taxaço do serviço, somada ao benefício em “marketing” proporcionado pela divulgação da empresa. Outra vantagem de difícil análise é a diminuição dos custos com seqüelas e com infecção hospitalar e a otimização de recursos, no caso, em forma de leitos para a internação de pacientes em fase aguda, cirúrgicos e graves, cuja rotatividade proporciona maiores lucros, sem contar com a satisfação do cliente/consumidor¹.

A complexidade da composição dos custos hospitalares acarreta uma dificuldade de comparação precisa dos valores gastos em cada modalidade, pois os sistemas assumem características diversas de acordo com as necessidades do paciente e os recursos disponíveis. Em reportagem para o *Jornal Seen-DO* (1998), o cliente, usuário dos serviços de assistência domiciliar, declara a viabilidade dessa modalidade de atenção em saúde, por ser até seis vezes mais econômica do que o custo de uma hospitalização¹⁷.

A tabela 2 mostra as diferenças nos gastos com material por paciente/dia e por internação, entre vários tipos de hospitais, classificados em categorias: A, B, C, de acordo com a quantidade média de funcionários por leito, que os mesmos possuem¹⁸.

Também é relevante a quantidade de dias internados, pois a média de permanência em dias é referida como sendo de 3,42 dias, já em pesquisa realizada apenas em hospitais públicos, a média mínima de permanência em dias é um pouco maior, perto de quatro dias e a média máxima fica em cerca de oito dias. Há casos, porém, não muito raros, de pacientes que permanecem um mínimo de quinze dias. Outros passam até meses internados, em função dos problemas e complicações de seu quadro clínico. Tais casos poderiam ser encaminhados para completar o tratamento em casa, mas por desconhecimento das técnicas ou dos procedimentos, a família não seria

considerada apta a dar seguimento ao tratamento. Um conjunto de profissionais com suporte assistencial, no entanto, conseguiria suprir as necessidades do indivíduo doente, livrando-o do ambiente hospitalar¹⁸.

Em reportagem recente, o Dr. Joel Rocha de Mello, vice-presidente da Associação Brasileira de Home Health Care (ABRAHHCARE), explica que a ADS é um complemento do trabalho realizado no hospital e pode, por outro lado, gerar diversas perspectivas, com o aparecimento de novas empresas para dar atendimento à crescente demanda desse leque de opções e o surgimento de novos usuários. Ainda segundo a mesma fonte, o sistema de ADS é cerca de 37% a 50% mais barato do que o sistema de internação hospitalar¹⁹.

Assim, também em artigo publicado na *Revista Unicamp*, em 1997, a utilização de oxigenoterapia domiciliar comprovou ser mais econômica que a permanência do paciente com doença pulmonar crônica obstrutiva internado no hospital contando-se apenas o valor/dia dos custos, lembrando que outros fatores citados anteriormente como vantagens do atendimento em ADS, são vantagens citadas no texto do referido artigo²⁰.

Conclusão

Fica evidenciado pelos dados coletados e aqui expostos que a tendência do mercado em direcionar-se para a ADS é muito forte e promete um campo vasto de trabalho para os profissionais de saúde. Para o sistema atual de saúde é uma solução de baixo custo e com resultados surpreendentes, quer estejam enfocados sistemas públicos ou privados de assistência. Vale a pena lembrar que grande parte dos pacientes que se dirigem para a ADS é constituída de pacientes crônicos e nosso país possui uma população idosa em franca expansão, o que é um pré-requisito para estabelecer-se a necessidade de núcleos específicos de atendimento a essa população e uma atenção especial dos programas de ADS para essa parcela de clientes em potencial, assim como já acontece nos Estados Unidos nesse momento.

Tabela 2 Diferenças nos gastos hospitalares (valores em R\$)

Custos de materiais	Categoria		
	A	B	C
Por internação	440,70	293,00	161,90
Por paciente/dia	176,00	101,15	54,25

Categoria de classificação para estes hospitais:

A - Média de 4 funcionários por leito;

B - 2,5 a 4 funcionários por leito;

C - 1,5 a 2,5 funcionários por leito.

SUMMARY

Home health care: your history and relevance to the actual health system

This study consists of a historical overview and this usefulness in Home Health Care (HHC) as minimize of the costs and complications caused by the hospitalization. Over this, that occurs with the

retreat of the patient of an environment hospital for home, following benefits as the decrease of anxiety providing faster recovery or maintenance of a good condition with smaller stress. It happens because of living together in environment family, that can be replete of love, affection and consequently, emotional safety.

Keywords

Brazil, home health care.

Referências

1. Tavolari CEL, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. *Rev ADM em Saúde*, 9(3), 2000.
2. Monk-Tutor MR. The U.S. home infusion market. *Am J Health Syst Pham*, 55: 2019-25, 1998.
3. Buhker-Wilkerson K. Public Health Then and Now. *Am J Public Health*, 83:1778-6, 1993.
4. Só e Silva F. Manual do home care. São Paulo, Rimed, 2ª ed., 2000.
5. Maranhão M. Atendimento domiciliar é uma nova opção para pacientes curitibanos. (On-line, 19/04/01. <http://WWW.gazetadopovo.com.br/jornal/>).
6. Benjamin AE. An historical perspective on home care policy. *The Milbank Quartely*, 71(1):129-66, 1993.
7. Internação domiciliar reduz custos e sofrimento. *Revista Realidade Hospitalar*, 12:28-30, 1999.
8. Fortes JI. Atendimento em saúde. In: Kawamoto EE, Fortes JI (eds). São Paulo, Editora Pedagógica, 1997, pp. 33-9.
9. Oliveira IB. Domicílio: espaço privado e privativo. *Rev Brasileira de Homecare*, 72:8, 2001.
10. Fortes PAC. Reflexões sobre bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*, 2:129-35, 1995.
11. Michaelis. *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo, Melhoramentos, 1998.
12. Leme LEG, Silva PSCP. O idoso e a família. In: Papaleo Netto M (ed). *Gerontologia: "a velhice e o envelhecimento em visão globalizada"*. São Paulo, Atheneu, 2001, pp. 93-7.
13. Carletti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In: Papaleo Netto M. *Gerontologia: "a velhice e o envelhecimento em visão globalizada"*. São Paulo, Atheneu, 2001, pp. 415-30.
14. Jurca V, Romualdo R, Silva DGA. Cuidador familiar leigo em atendimento domiciliário. *Rev Brasileira de Homecare*, 72:34, 2001.
15. Chiba T. Assistência ao idoso terminal. In: Papaleo Netto M (ed.). *Gerontologia "a velhice e o envelhecimento em visão globalizada"*. São Paulo. Atheneu, 2001, pp. 431-9.
16. Cury YR. Reflexões sobre o sistema de saúde – RAS. *Rev de ADM em Saúde*, 9(6):431-39, 2000.
17. "Foi bom poder ficar em casa". Depoimento. *Jornal Seendo*. ano III, 12(7), 1998.
18. Indicadores PROAHSA. Ano IV, n.º 20, out.- dez., 2000. *Rev. de Administração em Saúde*, 3(9-encarte):1-4, 2000.
19. Home care. Preocupação com a qualidade dos serviços. *Rev. Nacional de Reabilitação* 4(19): 13, 2001.
20. Paschoal IA, Camino AM, Hoffman LH, SAAD IAB, Gilbert MMP, Faria MNJ. Oxigenoterapia prolongada domiciliar experiência do Hospital de Clínicas da Unicamp. *Rev Unicamp*, 1:89-99 1997.

Endereço para correspondência:

Nilcéia Noli do Amaral
 EPM – Universidade Federal de São Paulo
 Rua Botucatu, 740 – Vila Clementino
 CEP 04023-900 – São Paulo, SP
 E-mail: nilceianoli@hotmail